

Comprensión de la relación terapéutica con un adulto con sensaciones de incapacidad e  
inmadurez emocional y sexual

Investigador

Ps. Luciell Fernández Rodríguez

Directores

Ps. Ph,D. Alberto De Castro y Ps. Mg. Guillermo García

Maestría en Psicología con Profundización Clínica

Fundación Universidad del Norte

Barranquilla, Colombia

2016

## Tabla de Contenido

1. Introducción .....	3
2. Justificación .....	5
3. Área problemática .....	8
4. Objetivos .....	10
5. Historia clínica del paciente .....	11
5.1 Identificación del paciente .....	11
5.2 Motivo de consulta.....	11
5.3 Descripción sintomática.....	12
5.4 Historia personal .....	12
5.5 Historia familiar .....	14
5.6 Proceso de evaluación.....	15
5.7 Conceptualización diagnóstica.....	15
6. Descripción detallada de las sesiones .....	16
7. Marco conceptual de referencia .....	49
7.1 Relación terapéutica.....	51
7.2 Saberes y actitudes del terapeuta .....	54
7.3 La presencia en el encuentro terapéutico .....	57
7.3.1 Presencia intrapersonal .....	59
7.3.2 Presencia interpersonal .....	60
7.4 Aquí y ahora.....	61
7.5 Proceso versus contenido .....	63
7.6 Interpretaciones existenciales .....	64
8. Análisis del caso .....	65
9. Conclusiones y discusión .....	80
10. Referencias bibliográficas .....	84
11. Anexos .....	87

## 1. Introducción

Toda relación interpersonal implica en cierto grado un encuentro entre dos vidas, entre dos totalidades en las que convergen ideas, afectos y comportamientos y, entre las que por mínimo que sea, siempre se deja algo de sí mismo en el otro. La relación terapéutica no está exenta de esto, por el contrario, al constituirse como un espacio de intimidad y confianza entre terapeuta y paciente, termina siendo el terreno preciso para que se pongan de manifiesto las particularidades de cada uno; el paciente se muestra, consciente o inconscientemente, con sus necesidades tal y como están siendo afrontadas en el presente de cara al futuro y, el terapeuta como parte de todo proceso de interacción social, las recibe y responde ante ellas de una manera particular atendiendo a su forma personal de comprender el mundo.

Es aquí donde resulta esencial la capacidad del terapeuta de estar siempre atento al movimiento de su propio ser en resonancia al de su paciente, capacidad que tiene lugar sólo cuando el terapeuta desarrolla un conocimiento profundo de sí mismo que tal y como lo plantea Yalom (2002) es lo que en últimas permite distinguir cuánto de lo que se vivencia en la relación terapéutica es suyo o del paciente y que, por consiguiente, brinda claridad frente a la orientación de las intervenciones realizadas en el proceso.

En el presente Estudio de Caso se analiza desde la perspectiva fenomenológica-existencial la relación entre un terapeuta y un paciente adulto con sensaciones de incapacidad e inmadurez emocional y sexual; dicho análisis se realiza a la luz de los principales conceptos dentro de la psicoterapia existencial e intenta comprender cómo la relación terapéutica a partir de los elementos aquí planteados influye constructiva o destructivamente en el crecimiento y desarrollo del paciente, en especial cuando para el terapeuta es difícil

atender de manera empática y acogedora al otro, tal y como se expone a lo largo de este análisis.

El vínculo terapéutico que aquí se presenta estuvo en un inicio matizado por los juicios personales de la terapeuta para quien algunos comportamientos y deseos del co-agente entraban en conflicto con su marco moral y ético; no obstante, en el transcurso del proceso y a través de la supervisión personal, se hizo posible reorientar las sesiones a partir de una mirada mucho más humana y acogedora que finalmente permite comprender la experiencia del paciente desde la forma en que crea, organiza y construye su mundo así como los valores que pretende afirmar o preservar con cada una de sus acciones. Lo anterior, se refleja a partir de la descripción realizada de un conjunto de sesiones individuales con el paciente y su posterior análisis y discusión el cual posibilita comprender cómo aporta y contribuye a la teoría la presente investigación.

## 2. Justificación

Alrededor del trabajo en psicoterapia existe siempre el interrogante sobre cómo es posible que una persona pueda ayudar a otra hasta el punto de permitirle contemplar nuevas formas de vida mucho más saludables y satisfactorias. ¿Existe acaso un manual con instrucciones exactas sobre qué decir y cómo actuar ante situaciones de índole existencial? ¿O es que quienes decidan ser terapeutas deben contar con alguna habilidad innata o algún poder mágico que cure cualquier mal? Sin duda, la respuesta a estos dos interrogantes es un rotundo no.

Desde los inicios de la psicoterapia mucho se ha dicho sobre las características que debe tener un terapeuta, sobre todo cuando se entiende que existe un amplio repertorio de enfoques y maneras de aproximarse al ser humano y su complejidad. La psicoterapia existencial, por su parte, da una especial importancia al vínculo creado entre terapeuta y paciente puesto que considera que el encuentro entre estos dos resulta aún más curativo para el paciente que todo el bagaje teórico con el que cuenta el terapeuta y, es bajo esta premisa, que se espera entonces que el terapeuta conceda a determinadas cualidades como “la compasión, la presencia, la preocupación por alguien, la ampliación del propio yo en el otro, la capacidad de tocar al paciente en los niveles más profundos o –la más etérea de todas- la sabiduría” (Yalom, 1984, p.14) el papel necesario para generar un cambio que viene dado además por la capacidad del paciente de asumir constructivamente la ansiedad que produce enfrentarse con los supuestos básicos de la existencia.

En esta medida, se entiende que un proceso de terapia eficaz es aquel en el que la relación entre terapeuta y paciente es genuina y no forzada, es aquel en el que el paciente

gracias a un trato cordial y un alto grado de empatía por parte del terapeuta, puede sentirse seguro y aceptado en la relación siendo capaz por tanto de mostrarse en su forma más auténtica, y es en últimas, aquel en el que el terapeuta se acerca al paciente de forma humana y profundamente personal pudiendo captar en su totalidad el significado de su experiencia. Ahora bien, para que el encuentro terapéutico contemple todas estas cualidades, es menester que el terapeuta cuente con una formación basada no sólo en la orientación teórica respecto al proceso de terapia, sino además con una capacidad de introspección y conocimiento de sí mismo que le permita aproximarse al paciente de forma acogedora y empática propiciando las características previamente mencionadas.

Lo anterior, resalta la importancia de realizar un análisis como el expuesto en el presente Estudio de Caso en el que además de comprender la experiencia del paciente se pretende principalmente examinar cómo el acercamiento que realiza el terapeuta es apropiado o no de acuerdo a los conceptos que guían este análisis; esto es relevante, en la medida en que permite tener claridad sobre el impacto que ejerce en el desarrollo del consultante el atender a su centro de valores, la forma en que los vivencia y el sentido que busca afirmar a partir de ellos, a través de una mirada acogedora, empática y de escucha antes que de juicio y poca aceptación.

Al realizar un análisis comprensivo como el que se pretende en este trabajo, se da cuenta de las acciones del terapeuta en relación a su paciente otorgándole al primero la posibilidad de supervisar introspectivamente su experiencia personal frente a determinadas situaciones afectivas y, se convierte en todo caso, en una pauta para favorecer el conocimiento de sí mismo, de sus limitantes y modos de entender el mundo; lo que sin duda le concede al terapeuta la capacidad de distinguir dentro del proceso terapéutico sus

movimientos afectivos de los del paciente y en este sentido, apuntar a la vivencia real del otro. Con lo anterior, se logra por un lado comprender en su totalidad la experiencia del co-agente y el sentido de la misma dando paso a un entendimiento más profundo de las necesidades afectivas que se exponen a lo largo del estudio; y por otra parte, apunta a que el terapeuta pueda reconocer las falencias que se presentan dentro del proceso y transformarlas en miras a construir un vínculo sólido y genuino entre ambos.

En últimas, este trabajo resulta importante pues si se toma en consideración el planteamiento de Yalom (1984, p.481) según el cual, en todo proceso terapéutico “lo que cura es la relación”, qué podría ser más significativo que trabajar directamente sobre lo que el terapeuta hace o deja de hacer en las sesiones con su paciente, en ese encuentro que es el centro de la psicoterapia y que representa la posibilidad de tocar y ser tocado al mismo tiempo pues en toda relación genuina tanto terapeuta como consultante cambian. En este sentido, tener la posibilidad de examinar el abordaje terapéutico realizado enriquece la formación personal y profesional del terapeuta fortaleciendo sus saberes y dotando de mayor eficacia su labor.

### 3. Área problemática

Cuando se intenta comprender cómo es que el proceso terapéutico ejerce una influencia significativa en el desarrollo personal del consultante, termina siendo imprescindible explorar la actitud con la que el terapeuta asume y participa en su relación con el paciente, esto es, la forma en que se aproxima a él o ella durante las sesiones. Los autores existenciales plantean que cuando un terapeuta cree que con conocer las técnicas es suficiente para resolver los problemas del paciente, comete uno de los errores más significativos dentro de la terapia pues termina parcializando la visión que tiene del otro en base a sus prejuicios teóricos y deja de lado la experiencia concreta de quien acude a terapia; bien decía May (1963, p.178): “Si mientras estoy sentado aquí (en psicoterapia) pensando sobre todo acerca de los porqué del problema del paciente, lo habré captado todo, excepto la cuestión más importante de todas, esto es, la persona existente”.

Lo anterior significa que más que buscar explicaciones teóricas frente al malestar del paciente, se trata de comprender la totalidad de su experiencia teniendo en cuenta nuestros referentes teóricos, pero en especial desde la comprensión de la intencionalidad y significado de las acciones, ideas y sentimientos para la persona que los vive (De Castro, 1999) y todo ello no puede lograrse sin que el terapeuta asuma una actitud de escucha, acogimiento y empatía que ofrezca al paciente una presencia real a través de la que pueda expresar abiertamente los valores que pretende afirmar y preservar. En este sentido, el encuentro que tiene lugar entre terapeuta y paciente termina siendo de un valor extraordinario para comprender la totalidad de la experiencia del consultante, o al menos eso es lo que se propone desde una aproximación fenomenológico-existencial en la que autores como May (1990) señalan que: “El encuentro total puede ser tanto



nuestra mejor forma de entender al paciente como nuestro instrumento más eficaz para ayudarlo a abrirse a la posibilidad de cambio”.

El presente Estudio de Caso se centra precisamente en examinar la relación que establece un terapeuta con su consultante a la luz de los conceptos que guían la psicoterapia existencial y apunta a resolver el siguiente interrogante: ¿De qué manera incide la actitud del terapeuta en la comprensión de la experiencia del paciente? O dicho de otro modo ¿en qué medida influye en el desarrollo del consultante el hecho de que el terapeuta propicie un encuentro terapéutico genuino? Al dar respuesta a estas preguntas, este análisis constituye una fuente de comprensión a nivel teórico para la psicología y en especial para el campo de la psicoterapia pues permite dar soporte a las teorías existentes e incluso refutar lo que los autores existenciales han planteado al respecto.

El entendimiento de estos aspectos brinda entonces claridad frente al manejo del proceso terapéutico y, pone de relieve además, la necesidad de formar al terapeuta no sólo a partir de un bagaje conceptual extenso sobre la personalidad y sus variantes, sino aún más importante frente a un conjunto de saberes y actitudes que posibilitan una relación real entre paciente y terapeuta y que, de este modo, contribuyen a un mayor conocimiento de sí mismo en ambos casos.

#### 4. Objetivos

- Comprender cómo se desarrolla la relación terapéutica con un paciente adulto con sensaciones de incapacidad e inmadurez sexual y emocional a la luz de los principales conceptos que guían la psicoterapia existencial
- Identificar cómo se aplicaron los saberes en la relación terapéutica con un paciente adulto con sensaciones de incapacidad e inmadurez emocional y sexual
- Reconocer cómo se trabajó el ‘aquí y ahora’ en el desarrollo de la terapia con un adulto con sensaciones de incapacidad e inmadurez emocional y sexual
- Examinar cómo se hizo presencia inter e intrapersonal en el encuentro terapéutico con un adulto con sensaciones de incapacidad e inmadurez emocional y sexual
- Analizar cómo se trabajó el proceso versus contenido en el desarrollo de la terapia con un adulto con sensaciones de incapacidad e inmadurez emocional y sexual
- Revisar cómo se orientaron las interpretaciones existenciales en el encuentro terapéutico con un adulto con sensaciones de incapacidad e inmadurez emocional y sexual

## **5. Historia clínica del paciente**

### **5.1 Identificación del paciente**

**Nombre:** Roberto Antonio Gómez Álvarez

**Género:** Masculino

**Edad:** 36 años

**Fecha de nacimiento:** 10 de Abril de 1980

**Dirección:** Calle 81ª #75-134

**Teléfonos:** 3045623891

### **5.2 Motivo de consulta**

Textual: “Yo vengo acá porque ahora mismo estoy vuelto un ocho, estoy pasando por una tusa que me tiene desesperado. Me enteré que mi esposa tenía una relación extramatrimonial con otra mujer, ella dice que está confundida, que no sabe qué es lo que quiere pero yo no me siento tranquilo. Me fui de la casa apenas lo supe, pero no puedo dejar de pensar en eso; constantemente imagino que ella está con esa otra mujer, le reviso su celular en busca de cualquier información que confirme mis sospechas, paso por la casa en el carro para ver si salió o está ahí.

En el trabajo me cuesta mucho concentrarme, realizo las tareas sin mucha motivación y me siento muy triste de pensar en mi hijo, nosotros tenemos un bebé de un año y medio y él es lo más importante para mí pero ahora con esta situación no sé qué hacer. Lo más extraño de todo es

que yo no sé si realmente la quiero, hace varios años me decía a mí mismo: ojalá que Claudia algún día haga algo, que la embarre para que podamos terminar y yo no quedar como el malo, pero ahora que realmente pasó, estoy así vuelto nada. No entiendo”.

Implícito: Luego de la entrevista inicial con el paciente, además de los sentimientos descritos anteriormente como producto de la situación de infidelidad de su esposa, se observan en él sensaciones muy fuertes de vacío, insignificancia, incapacidad, frustración e impotencia que conllevan a un malestar significativo en las diferentes dimensiones de desarrollo, en especial en el área afectiva. Se encuentran además comportamientos impulsivos, dificultad en la autorregulación emocional y consumo de drogas como marihuana y éxtasis como medio para sentirse capaz y evitar las sensaciones de ansiedad y tristeza concurrentes.

### **5.3 Descripción sintomática**

La sintomatología presentada por el paciente se caracteriza principalmente por una marcada dificultad en el control de impulsos, se observa un deseo sexual desbordado que se manifiesta a través de la frecuente masturbación que según comenta el paciente ha generado un problema de eyaculación precoz. Se encuentran además constantes sentimientos de culpa al respecto, sensaciones de ansiedad y tristeza recurrentes, consumo regular de drogas como la marihuana y el éxtasis, dificultad para concentrarse en el trabajo, pensamientos intrusivos recurrentes, sensaciones de insignificancia y vacío y un pobre auto concepto.

### **5.4 Historia personal**

Roberto es un adulto de 36 años de edad, Comunicador Social y Especialista en Gerencia Pública. Actualmente, labora en Medicina Legal como Facilitador de Comunicaciones en donde

señala que ha tenido un buen desempeño y buenas relaciones con sus compañeros de trabajo. Roberto se describe a sí mismo como una persona insegura, a quien le cuesta llevar a cabo sus proyectos por temor a fracasar, constantemente tiene nuevas ideas en el área de negocios que inicia con facilidad pero no puede mantener por razones que dice desconocer, considera que tiene facilidad para iniciar una conversación con personas desconocidas, suele ser espontáneo y se expresa fácilmente. Puntualiza además que es un hombre *“muy sexual, a mí me gustan todas las mujeres”*; en su tiempo libre le gusta leer, viajar e ir a fiestas con amigos y su esposa.

A nivel académico refiere nunca haber sobresalido, *“siempre fui un estudiante regular, siempre conté con ayuda de mi tía quien era la que me hacía prácticamente todo pero yo nunca me esforcé demasiado”*. Su infancia la describe como normal, solía jugar frecuentemente con sus primos y compartía gran parte de su tiempo visitando a su abuelo quien siempre representó para él una figura importante y se convirtió en su modelo a seguir a nivel personal y profesional; por otro lado, en cuanto a su adolescencia comenta que *“realmente se podría decir que yo no la tuve, o sea no hice las locuras que normalmente se hacen, en mi casa me protegían demasiado”*, el consumo de drogas inició durante esta etapa en la que además comenzó a fumar cigarrillo y tomar alcohol con frecuencia.

Como acontecimiento relevante, el paciente señala que aproximadamente a los seis años de edad mantuvo, por curiosidad, relaciones sexuales con sus primos quienes son unos cuantos años mayores que él y con quienes actualmente mantiene una relación cordial; de igual modo, a los siete años menciona haber sido abusado sexualmente por un hombre mayor en una iglesia abandonada en la ciudad de Cartagena donde residía inicialmente.

## 5.5 Historia familiar

Roberto vive actualmente con su esposa e hijo, se encuentra casado hace cuatro años pero convivía en unión libre con su pareja desde hace aproximadamente tres años antes de contraer matrimonio. Menciona que al inicio de la relación con su esposa ambos se mostraban afectuosos el uno al otro y compartían intereses y aficiones; como dato importante comenta que él ha sido el responsable de *“llevarla al mundo de las drogas, yo le enseñé a fumar marihuana porque antes de mí ella no lo hacía”*. En la actualidad la relación con su pareja la describe como conflictiva, hay poca actividad sexual aunque realizan viajes juntos y comparten tiempo en actividades familiares; como pareja además tienen un hijo de 1 año y medio de edad sobre el cual el paciente comenta *“él lo es todo para mí”*, su relación es afectuosa, juegan y comparten tiempo juntos.

El padre de Roberto falleció hace 1 año aproximadamente, refiere al respecto que su relación siempre fue distante, *“él se preocupaba por mis cosas pero nunca fue una persona afectuosa y con quien pudiera expresarme fácilmente”*. Compartían muy poco tiempo juntos y según señala el paciente siempre fue una persona muy autoritaria y crítica frente a las acciones de este; por lo general, le prohibía salir a jugar con amigos o a realizar actividades como montar en bicicleta o paseos con sus compañeros de colegio por temor a que algo le ocurriese.

La relación con su mamá la describe como normal o más bien ausente, menciona que quien siempre estuvo al cuidado de él fue su tía materna quien lo crío y le dedicó todo el tiempo posible pero que *“siempre tuvo sus problemas emocionales”*.

### **5.6 Proceso de evaluación**

Se realizó un proceso de evaluación basado en una serie de entrevistas individuales en las que se ahondó sobre aspectos relevantes a nivel personal además de atender a la forma en que a través del vínculo terapéutico, el paciente dejaba entrever sus necesidades de afecto y protección y su incapacidad de asumir responsabilidad frente al proceso, del mismo modo que sucede en su cotidianidad.

### **5.7 Conceptualización diagnóstica**

El paciente no cuenta con un trastorno clínico formal; se observa inmadurez emocional y sexual ligada a sensaciones de vacío e incapacidad.

## 6. Descripción detallada de las sesiones

En la descripción que se realiza a continuación el paciente (P) y el terapeuta (T) se identifican con las respectivas iniciales.

### *Primera sesión, 03 de Febrero de 2016*

Estando sentada en la recepción del Santa Rosa De Lima la terapeuta recuerda esperar con ansias la llegada de su paciente, era el primero del año y siendo honesta se tenían todas las expectativas en él pues hasta el momento aún no se contaba con un caso que atrajera lo suficiente para ser objeto de análisis del presente estudio. Cuando el paciente ingresa al centro, lo primero que hace es saludar a los presentes, observa a la terapeuta y se dirige a ella diciendo:

P: Yo a ti te he visto en algún lugar, creo que te reconozco. Mucho gusto, mi nombre es Roberto, ¿cómo te llamas?

Al escuchar este comentario la terapeuta reconoce haber sentido disgusto pues le parece la típica frase del hombre que le gusta conquistar a cualquier mujer a su alrededor; esperaba de algún modo que este no fuera su paciente pues de lo contrario ya habrían empezado mal. A pesar de la molestia, responde:

T: Luciell, mucho gusto. ¿Tienes sesión ahora?

P: Sí, vengo a sesión y ¿tú?

T: Yo igual, pero creo que tú serás mi paciente.

Confirmadas las dudas, la terapeuta intenta dejar a un lado esa molestia y se dispone a entender con qué llega a la sesión el paciente.



T: Cuéntame Roberto, ¿qué te trae por aquí?

El paciente responde haciendo alusión a la infidelidad de su esposa con otra mujer y en cómo esto lo tiene “vuelto un ocho”. Seguidamente, el paciente comienza a relatar de manera rápida una variedad de situaciones que actualmente le aquejan y mientras se le escucha la terapeuta puede sentir cómo se pierde entre una cosa y la otra, como si este hombre estuviese hablando de muchas cosas pero al mismo tiempo de nada; haciendo caso a esta sensación le expresa:

T: Roberto, efectivamente siento que estás vuelto un ocho. Me has hablado de infinidad de cosas pero siento que no tengo claridad sobre ninguna. Es importante que podamos clarificar hacia dónde queremos apuntar inicialmente en este espacio, ¿te parece?

P: Eso doctora, la verdad es que siento que tengo tantas cosas por decir, tantas cosas que quiero cambiar y mejorar. Pero quiero que miremos en primer lugar mis relaciones interpersonales, o sea yo siento que me bloqueo, que me cuesta llegarle a una mujer y siempre he tenido ese problema, parece como si las espantara o algo parecido.

Mientras se escucha al paciente decir lo anterior, a la terapeuta le llegan ideas recurrentes sobre cómo es posible que llegue preocupado aparentemente por la infidelidad de su esposa pero al mismo tiempo esté pensando en cómo conquistar otras mujeres; siente nuevamente aquella molestia del inicio de la sesión y cede ante ella, mencionando:

T: Roberto, me parece curioso que llegues aquí afectado por la infidelidad de tu pareja pero ahora mismo lo que veo es preocupación por estar con otras mujeres.

Al tiempo que decía estas palabras la terapeuta cae en cuenta de lo prejuiciosas que fueron y de cómo se había dejado llevar por sus sensaciones personales, las cuales estuvieron presentes durante gran parte de la sesión llenándola de inquietud frente a la relación con el paciente. Luego de esto, el consultante continuó señalando que los tres aspectos que quería trabajar en el proceso terapéutico eran la dificultad en las relaciones con las mujeres, el deseo sexual desbordado y el consumo de drogas; al respecto, refiere:

P: ¿Sabes una cosa?, es que yo me siento culpable con mi pareja porque te voy a confesar algo y es que yo fui quien la metió a ella en el mundo de las drogas, ella antes de mí no conocía eso, no fumaba ni consumía nada de lo que ha consumido y, yo siento que fui el que la corrompí.

Lo anterior, perturbó aún más la percepción de la terapeuta frente al paciente pues ante lo comentado, en su interior surgía la sensación de malestar frente a la pregunta ¿qué clase de hombre es este?

Durante el resto de la sesión la terapeuta continuó sintiéndose inquieta, razón por la que las intervenciones estuvieron orientadas principalmente a indagar en el contenido de lo que el paciente traía a sesión y recoger información sobre las distintas dimensiones de desarrollo del mismo. Finalmente, se dio claridad al paciente sobre la duración de las sesiones, la importancia de la puntualidad, el conducto a seguir en caso de inasistencia, entre otros aspectos que hacen parte del encuadre terapéutico.

### ***Tercera sesión, 01 de Marzo de 2016***

Antes de describir la sesión, cabe destacar que en el tiempo transcurrido entre éstas la terapeuta se mantuvo bastante inquieta acerca de su relación con el paciente cuestionándose

constantemente sobre las sensaciones que se manifiestan a nivel personal en la terapia y planteándose a sí misma el interrogante ¿qué toca en mí la historia de este paciente?

T: Hola Roberto, ¿cómo estás? ¿Qué tal todo?

P: Bueno Doctora, le cuento que estoy dejando de escuchar reggaetón, o sea es que yo escucho eso y como tiene bastante lenguaje de cama, comienza el software a procesar. El pensamiento recurrente es mi pareja y todas las cosas me mandan allá debe ser un error que tengo en el software que me tengo que quitar o un virus, aunque el virus yo digo que es la amiga pero bueno.

T: ¿Un virus?

P: Sí, algo malo que está dañando la relación. Algo que está mal y que si lo elimino seguramente todo mejora.

T: O sea que es algo externo.

P: Sí, pero también siento que yo por mi forma de actuar empeoro la situación.

T: ¿Cómo así?

P: A ver, doctora es que de acuerdo a lo que hemos ido hablando acá yo me he puesto en la tarea de mirar qué es lo que siento y pues me he dado cuenta de la necesidad que tengo de estar revisando su perfil de whatsapp y el de la otra persona, siento que están conectados y se dirigen mensajes, siento angustia, bueno esto fue el miércoles, sentí como angustia doctora y no aguanté las ganas, me desperté como a las tres de la mañana y se me metió un arranque y cogí el carro y salí a darme una vuelta a la casa de ella para ver si estaba o no; y bueno es que siento

todo esto y luego la veo a ella que está ahora mismo pasándola bacano, tranquila mientras yo estoy preocupado.

T: Eso te molesta, ¿ah?

P: Sí claro, yo acá sufriendo y con todo esto en la cabeza y ella como si nada. No es justo.

T: ¿Y qué crees que sería lo justo?

P: Pues doctora, lo justo es que ella también la esté pasando mal así como yo. Es que no me aguanto, es una situación horrible que yo no sé, yo no quisiera ser así.

T: ¿Ser así cómo?

P: Pues así, estar pensando todo el tiempo ¿qué será?, ¿dónde estará?, ¿será que ya llegó? ¿Qué está haciendo? ¿Ya me entiendes? Ese día que no aguanté la desesperación yo pasé por su casa y estaba todo prendido, vi la cosa y me regresé para mi casa; entonces ¿qué es lo que pasa?, yo me he puesto a pensar qué es lo que yo siento. El vacío es lo que a mí me tiene como tratando de ver qué es lo que es. Eso es lo que a mí me carcome, me da rabia, me da envidia. Envidia de ver que la está pasando bacano, eso a mí me da como algo, entonces quiero como cambiar la estrategia.

Luego de esto, el paciente continúa hablando de las sensaciones que le produce el hecho de que su pareja le mienta y actúe como si no quisiera resolver la situación, al tiempo que expresa que durante este tiempo ha estado con varias mujeres, entre ellas una adolescente de 17 años. Al escuchar lo anterior en la terapeuta surgen nuevamente sensaciones de rechazo frente a las acciones del paciente y comenta:

T: Me causa curiosidad que mientras te carcome no saber dónde estará tu esposa y que está haciendo, por otro lado tú te permites y buscas incluso estar con otras personas.

P: Exactamente y eso es lo que yo te he dicho desde un principio, y es que yo creo que yo no la amo a ella, es como una dependencia y una envidia que me da de que ella la esté pasando bacano y yo no. Es esa necesidad de estar con ella, de saber dónde está.

T: Entonces, te gusta estar con otras mujeres.

P: En el momento, pero ya después quiero que desaparezcan.

T: ¿Y eso?

P: Porque no me llenan, no me gusta. No me gustan totalmente, o sea no me gustan físicamente. De pronto son maravillosas personas, pero la parte física no me gusta.

T: Y cuando te quedas solo ¿qué ocurre?

P: Me pongo mal y empiezo a ver otra vez el whatsapp. Es que si yo estuviera soltero, yo estaría haciendo lo mismo que estaba haciendo antes cuando estaba soltero, salir a rumbas, conocer gente, dándome por la cabeza (fumar, consumiendo pastillas) porque los mejores polvos que yo me he tirado son bajo los efectos del éxtasis, ojala algún día lo pruebes, es una nota bacana, es el 'feeling', la sensación, todo se siente al máximo, los sentidos. Con el éxtasis uno esta como relajado, puedes durar como media hora tirándote un polvo. Este, ven acá, hablar de este tema, ¿no?

T: ¿No qué?

P: No hay problema ¿verdad?

T: Parece que lo es para ti.

P: No, te digo porque o sea, de pronto tú dirás, ajá este man qué. No, no, bueno igual tú eres psicóloga.

T: Mira lo incómodo que estás hablándome de eso.

P: Aja porque tú dirás, este man qué, es un degenerado o algo por el estilo. No sé, me dio un poco de pena contigo.

Mientras expresa todo esto se ríe y se sonroja con facilidad.

T: Te avergüenza sentir todo eso, ¿verdad?

P: Pues es porque puedes pensar que soy un degenerado.

T: ¿Eso lo pensaría yo o tú?

P: Ay Doctora, a mí me preocupa lo que piensen los demás de mí, eso también influye mucho sobre mí. Si tú pensaras eso de mí, te pediría disculpas. A veces me cohíbo, me da cosa con estos temas. Siento que tendría que modificar cada palabra que voy a decir con el propósito de no incomodarte. Me gustaría que tuvieras la mejor imagen de mí en todo momento, una persona correcta, con buenos modales, eso es lo que quiero proyectar y ahora lo que hice fue que me solté, pero bueno sigamos

***Quinta sesión, 15 de Marzo de 2016.***

T: Hola Roberto, ¿Cómo has estado esta semana?

P: Bueno Doctora, yo creo que mucho mejor, me he mantenido firme, no he perseguido más a mi ex, la verdad es que yo quiero re establecerme y velar por mi bienestar, mi auto reconocimiento porque es que a pesar de todas las cosas que estoy haciendo por mí, no me siento feliz, me veo en un espejo y me sigo viendo gordo y con las cosas que empiezo, todo lo abandono. Por ejemplo, me empecé a leer 'El arte de seducir' y lo dejé por la mitad, lo mismo que 'El arte de amar' porque es que mientras leo me doy cuenta de que el problema está es en mi forma de verme a mí mismo y eso no lo consigo en ningún libro.

T: ¿Cómo te ves a ti mismo?

P: Pues si tú me preguntas por algún momento feliz en mi vida, no puedo decirte ninguno, por más que recuerde no encuentro.

T: ¿Entonces cómo son?

P: Pues planos, no hay emoción ni buena ni mala.

T: ¿Qué crees que tendría que pasar para que un momento sea feliz?

P: Pues no sé, que sea emocionante, que me sienta extasiado, pero no sucede y creo que tiene que ver con cómo me siento conmigo. Por eso quiero que trabajemos en mi autoestima.

T: ¿Que trabajemos?

P: (Se echa a reír) No, no. Sigamos.

T: Pareciera que esa pregunta causó algo en ti. Cuéntame

P: Lo que pasa es que tu estas muy atenta y pendiente a lo que yo hablo, a las sílabas que utilizo y cada vez que menciono algo parecido, me haces esas preguntas que mejor dicho.

T: ¿Qué preguntas son esas?

P: Esas, nunca me das una respuesta y ya.

T: Y eso te molesta, ¿o me equivoco?

P: sí, me da rabia porque es que me da flojera, mejor sigamos por dónde íbamos.

T: No, espera, ¿cómo así flojera? ¿A qué te refieres?

P: (Se echa a reír) Sí, flojera, porque esas preguntas me hacen pensar. Me toca hacer algo con ellas.

T: ¿y a eso no es a lo que vienes?

P: Sí, yo sé que tengo que pensar en lo que es mejor para mí, en lo que tengo que mejorar.

T: Pero no quieres hacerlo.

P: No, parece que no.

T: Te repito, ¿y entonces a qué vienes?

P: Si, yo sé que tengo que pensar, pero esto es un proceso, es con calma, las cosas van a ir fluyendo.

T: ¿Qué quisieras escuchar ahora?

P: No sé, simplemente quiero que me apoyes

T: Que te diga lo que quieres escuchar.

P: Si, así me siento tranquilo.



T: Si yo respondiera a tus preguntas tal y como tú quieres, ¿qué estaría haciendo yo?

P: Me estarías quitando lo que me toca hacer a mi.

T: Y ¿qué es lo que te toca hacer a ti?

P: Tomar decisiones, arriesgarme, responder las preguntas.

T: Y eso te cuesta, ¿ah? Por eso cuando te devuelvo las preguntas, te molesta y como tú mismo lo dices te da flojera.

P: Sí, pero no es del todo flojera ¿sabes? Porque aquí estoy o ¿no?

T: Sí y sin duda eso requiere de tu compromiso, pero una vez estas aquí sentado y empezamos a hablar de lo que hay que hablar, ¿qué es lo que normalmente haces?

P: Lo evado, me salgo por las ramas, no respondo lo que es.

T: Empiezas a hablar de todo menos de lo que es. Y cuando emprendes un proyecto, lo inicias pero y ¿luego?

P: Lo abandono, al igual que con los libros. Dejo todo sin terminar, cuando realmente me toca hacer algo, no lo hago.

T: Exacto.

Durante esta sesión se trabajó principalmente cómo para el paciente es difícil asumir la responsabilidad frente a lo que siente y cómo para evitar hacerlo evade el hablar de sí mismo; se hizo además la equivalencia con respecto a la forma en que el paciente actúa de la misma manera en su vida cotidiana sin comprometerse realmente con lo que hace.

*Sexta sesión, 05 de Abril de 2016*

Antes de describir esta sesión, cabe resaltar que la cita anterior a ésta el paciente canceló debido a un viaje de semana santa; se comunicó vía telefónica al Santa Rosa De Lima para reprogramar la sesión pero terminó cancelándola de nuevo sin justificación.

Al inicio de esta sesión el paciente se muestra tranquilo y refiere:

P: Ya prácticamente 3 semanas desde que nos vimos la última vez, ¿ah? Desde el ultimo martes, luego semana santa y luego esta semana que no se pudo.

T: Sí, ya 3 semanas. ¿Y qué te pasó que no pudiste venir?

Antes de responder, el paciente se muestra confundido dándole la impresión a la terapeuta de estar contra la pared, como si estuviese buscando dar una respuesta acertada.

P: ¿Qué fue lo que pasó? Bueno resulta que yo me había ido para Medellín porque en Medicina Legal dieron dos días de descanso. Algunos los tomaron el martes y miércoles de semana santa para que fuera la semana completa, pero yo decidí tomarlos después y regresé a Barranquilla el miércoles. Luego la reprogramamos para ¿qué día es que fue? Para el jueves, ¿cierto? Bueno ese día no recuerdo bien que pasó. Ah, creo que fue que yo viajé nuevamente el viernes y no me daba tiempo de venir porque tenía que arreglar unas cosas o no recuerdo, déjame ver. Ah, es que ese día tenía la hora santa en la iglesia y era a las 6:00 p.m. y no me daba tiempo. Sí, creo que fue eso y ese día tuve un día ajetreado y bueno, no alcancé.

La terapeuta frente a esta respuesta y los gestos observados en el paciente quedó con la sensación de que esto no era completamente cierto, pero decidió continuar comentando:

T: Bueno, te recuerdo la importancia de asistir y de avisarnos con anticipación cuando se presente algún inconveniente.

P: Sí claro. No se preocupe, yo estoy comprometido con esto y dispuesto a seguir hasta donde sea necesario.

T: Bueno. ¿Y cuéntame, qué ha pasado durante todo este tiempo?

P: Bueno, te voy a decir algo que no sé si me causa alegría o vergüenza contártelo. Regresé con mi pareja. Sí, regresé con ella, estuvimos juntos en Medellín, hablamos y bueno, estamos intentando resolverlo todo.

T: Me llama la atención que menciones que no sabes si te causa alegría o vergüenza contármelo. ¿Cómo así?

P: Sí, porque es que mira, o sea como te explico, es una situación extraña. A ver, yo tengo un amigo que hace un tiempo pasó por una situación similar. Se separó de la mujer y yo en ese momento, en vez de pensar en el dolor de mi amigo, en lo que pensé fue en hacerle la vuelta a la ex esposa. Entonces, yo digo, ahora que yo estoy en esta situación, me doy cuenta de las cosas y de hecho, yo ni siquiera le he contado a mi amigo esto por lo que estoy pasando. Para mí es mejor que no sepa nada, porque además siento que yo podría llegar a decirle lo que sentí en ese momento y sería muchísimo peor. Ven acá, me estoy yendo por las ramas ¿cierto?

T: Yo tengo la sensación desde que me empezaste a explicar por qué no habías venido la semana pasada, que no hay claridad en lo que dices. Empiezas diciéndome que te habías ido de viaje y luego que era porque habías ido a la hora santa, es todo como un enredo.

P: Hombre sí, yo siento que tengo un ocho en la cabeza, tengo un enredo que no sé cómo desenredar.

T: Eso noto cuando me hablas, estás confundido, empiezas hablando de una cosa y luego saltas a otra y en eso terminas confundiéndome a mí.

P: Sí, y es que eso lo hago también en otras cosas. Por ejemplo, cuando voy a emprender algo empiezo y lo dejo por la mitad y empiezo otra. O con mi pareja, estoy con ella pero también pienso en estar con otras personas. O sea es que a veces siento que no sé qué quiero, no sé ni quien soy. Por ejemplo, ahora que regresé con mi pareja ni sé si de verdad la quiero, estoy con ella e igual tengo en mi cabeza los pensamientos de si estará o no con otra persona.

Luego de esto se continuó dialogando sobre cómo el paciente tiene muy poca claridad sobre lo que quiere trabajar en las sesiones y cómo lleva esa confusión al proceso intencionalmente; se hace énfasis principalmente en cómo suele siempre hablar mucho y nada al mismo tiempo, con lo que tanto terapeuta como paciente se pierden con facilidad. En este punto la terapeuta se siente perdida y desorientada sobre cómo abordar a esta persona que llega con muchas cosas a terapia, en cierta medida se siente agobiada y sin herramientas; no obstante, la terapeuta dirige sus intervenciones a hacerle ver al paciente que en alguna medida le cuesta hablar de sí mismo pues esto lo expone y lo hace vulnerable.

P: Es que sabes algo, yo toda mi vida he sido así. Desde chiquito recuerdo que estaba pendiente de lo que otros decían de mí. Entonces siempre he vivido actuando acorde a eso, decía que había estudiado en un colegio diferente y cosas así.

T: Estás lleno de fachadas

P: Sí, así es.

T: ¿Y sabes qué siento? que el que está aquí es una fachada más.

P: Y eso es lo que quiero arreglar, mi autoestima porque si yo me sintiera bien conmigo mismo no tendría que estar inventando cosas que no son. Yo sé que si me quito esta fachada todo va a estar mejor y voy a poder ser quien realmente soy.

T: ¿Estás seguro? Por algo no te la quitas. Quieres saber quién eres y mejorar tu autoestima pero mira cómo te cuesta hacerlo que aun aquí en terapia me estas mostrando a alguien más.

El paciente se muestra pensativo por varios segundos y empieza a llorar diciendo:

P: Quiero contarte algo que no le he contado a absolutamente más nadie, ni siquiera a mi esposa. Yo cuando estaba chiquito como a los seis años tuve relaciones con unos primos, me masturbé con ellos y además de eso recuerdo que en el barrio 'Las Gaviotas' en Cartagena con un señor en una iglesia que estaba abandonada también. Yo sé que yo no soy homosexual, mis primos incluso ahora que estamos grandes pues ya todos estamos casados y nos hablamos normal como si nada.

En este momento la terapeuta siente un poco de tristeza y piensa en su paciente como un niño lastimado y desprotegido que aún hoy en día busca esa protección. La terapeuta menciona:

T: Mira cómo eres capaz de hablar de algo real de ti. Veo lo doloroso que es pero aun así lo hablas.

P: Sí, es muy difícil, yo de hecho ni siquiera pensaba en esto, nunca.

T: ¿Cómo es para ti recordarlo y traerlo aquí?

P: Pues me siento bien contándotelo a ti, de alguna manera me siento aliviado.

*Séptima sesión, 12 de abril de 2016*

En esta sesión el consultante acude con su esposa quien inicia psicoterapia con otro terapeuta. El paciente ingresa al consultorio tranquilo y comienza comentando lo que recuerda de la sesión anterior, en especial de cómo tiende a mostrar una fachada en terapia con el propósito de crear una imagen positiva en la terapeuta. A lo largo de la sesión, la terapeuta comienza a notar que el tono de voz con el que habla el paciente es muy bajo en comparación con las sesiones anteriores haciendo hincapié en esto:

T: Roberto, no sé si te has dado cuenta pero has estado hablando más bajito de lo normal. ¿Qué ocurre?

El paciente refiere que no quiere que su esposa escuche algo de la conversación pues él en ocasiones habla de cosas que ni siquiera su esposa sabe y no le gustaría que se enterara de todo eso. La terapeuta interviene señalándole cómo sus gestos y tono de voz son muy diferentes a los que ha mostrado antes y comparte con él su sorpresa ante el cambio que observa pues lo nota mucho más reservado que en sesiones pasadas. El consultante se queda pensativo y comprende cómo le cuesta ser él mismo alrededor de algunas personas, en especial de su pareja; además cae en cuenta de cómo percibe con sentimiento de culpa aquellas cosas que siente y piensa y que por tanto no se permite compartir con otras personas; en la sesión se trabaja a partir de estas sensaciones que se generan durante la terapia tanto en el paciente como en la terapeuta orientando el proceso para que el paciente tome consciencia de los valores que pretende afirmar a partir de las formas de actuar anteriormente mencionadas.

*Octava sesión, 19 de abril de 2016*

El paciente acude a consulta y se nota un poco inquieto. La terapeuta le pregunta ¿cómo estás? Y él señala que ha estado pensando en lo que sucedió en la última sesión en la que se dio cuenta de cómo cambió su forma de hablar y actuar en terapia por la presencia de su esposa en el centro de atención.

T: ¿Qué ocurrió ahí?

P: Pues como te dije esa vez, no quería que mi pareja escuchara lo que hablábamos acá. No quiero que sepa las cosas que te digo porque algunas ni siquiera se las he contado a ella.

T: ¿Te asusta que lo sepa?

P: No quiero que ella vea el lío en que estoy. Es que hay tantas cosas que no sé de mi vida, ni si quiero estar con ella, no sé cómo mejorar la situación, no sé hacia donde voy, estoy lleno de no sé.

T: Pareces nuevamente confundido.

P: Sí y yo sé que cuando estoy acá empiezo a hablar por hablar y me confundo yo, te confundo a ti y no llegamos a nada. Quiero abarcar tantas cosas pero al final no concreto. Y eso no solo me pasa acá, sino también en el trabajo. Quiero hacer de todo y de tantas cosas que empiezo y no termino ninguna, o como te contaba con los libros que nunca los termino, o los proyectos, tengo ideas muy creativas y no las materializo.

T: Es como lo que hablábamos alguna vez cuando te preguntaba que entonces a qué venías, ¿lo recuerdas?

P: Sí, claro. Es que siento que tengo ganas de resolver muchas cosas pero cuando ya tengo que afrontarlas me bloqueo, me asusto, no sé qué sucede, siento que no voy a poder. Me da miedo fracasar.

T: Y te echas para atrás.

P: Pero no en todo ¿sabes? Algunas cosas cuando ya me toca hacerlas, las hago. Por ejemplo, si me da miedo hablar en público, el día que me toca termino haciéndolo y no pasa nada. Pero en otras cosas, sobre todo en las relaciones con el sexo opuesto siento que me embolato. Yo siempre te he dicho que ese es como el tema principal, lo que más me preocupa ahora mismo.

T: Recuerdo que la última vez me decías que te gustaban todas las mujeres.

P: Sí, es que... me da un poco de pena decir esto pero... bueno. Lo que pasa es que yo todo el tiempo en mi cabeza estoy pensando en sexo, si mi esposa va a salir con alguien yo enseguida pienso que van a tener relaciones sexuales, es como si creyera que los demás tienen en la mente lo mismo que yo. Todo tiene que ser con referencia a eso, ¿me entiendes? Y sé que no es así pero no puedo dejar de pensarlo. O sea, yo con el mínimo roce enseguida me... no sé cómo decirlo... me emociono.

T: ¿Te excitas?

P: Sí, me excito, quiero es estar tocando, entrompando, manoseando. No joda no sé qué pasa, a veces cuando tengo al bebé en las piernas también siento que me va a dar una erección y entonces empiezo a tratar de controlarme mentalmente pero yo no tengo ningún deseo ni nada



por mi bebé, es solo que con cualquier roce o situación de esas me ocurre. ¿Yo a ti te dije que me masturbaba todo el tiempo?

T: No me habías contado.

P: ¿No? Bueno yo antes me masturbaba mucho, prácticamente todo el tiempo. Ya ahora le he bajado, pero o sea yo todo el tiempo pienso en eso y a pesar de ello yo siento que tengo muchos tabúes al respecto.

T: ¿Cuando hablas de tabúes a que te refieres?

P: Bueno no sé si estoy usando bien el termino pero me refiero a que me da pena, vergüenza o me incomoda hablar de eso, no es algo que hable con todo el mundo.

T: Ahora mismo no pareciera que te incomodara, o ¿sí?

P: No es que contigo es diferente, ahora mismo siento que puedo hablar con confianza sobre estas cosas, al principio me preocupaba mucho que pensaras que soy un degenerado pero ya no me importa.

T: ¿Y con los demás?

P: Pues con los demás es más complicado porque o sea yo de estas cosas no hablaba con nadie, mi papá nunca se sentó a hablarme del tema, mi mamá era una mujer sumisa que nunca decía nada y mi tía que me crió pues tenía sus rollos raros, entonces nunca tuve una guía o alguien con quien hablarlo. Por eso creo que me cuesta más hablar de eso de manera espontánea como lo hago con el resto de temas, pero lo tengo todo el tiempo en la cabeza. Ahora por ejemplo tengo un problema de eyaculación precoz, a veces no sé qué pasa, no aguanto, por eso es que yo cuando consumo éxtasis, es que ojala que tu algún día lo probaras para que pudiéramos

hablar el mismo idioma. Yo cuando consumo éxtasis siento una cosa chévere y demoro full, o sea a veces hasta mi esposa me dice que me venga rápido porque ella ya está cansada y yo nada. Cuando consumo es una vaina bacana, o sea...

En este momento se le quiebra la voz y empieza a llorar.

P: Es que yo, yo quisiera ser siempre así como soy cuando estoy 'empepado'.

Cuando dice esto, la terapeuta siente alegría al notar que puede abrirse y mostrarse como es. Quiso mostrarle esto pero prefirió omitirlo para no interrumpir su discurso.

P: Cuando estoy así se me quitan todas las barreras, puedo hablar de lo que sea, me siento capaz de todo, me siento libre, hablo fluido, soy el man más cool de la fiesta, soy el vacilón.

T: ¿El vacilón?

P: Sí, o sea el man más bacano, yo cuando estoy así me siento seguro de todo.

Mientras dice esto continúa llorando y nos quedamos en silencio por varios minutos.

T: ¿Cómo es para ti contarme esto?

El paciente continúa llorando.

P: Difícil, o sea es darme cuenta de todas mis insatisfacciones.

La terapeuta nota que intenta decir algo pero decide callar.

T: ¿Quieres decirme algo?

P: Bueno es que hablando de esto se me vino un pensamiento a la cabeza, o sea yo no quiero justificarme pero es que pues lo que te he contado de mi familia yo siento que no tuve las

mejores condiciones ni el apoyo. O sea mi papá fue una persona muy distante, con él nunca tuve una relación fuerte y mi mamá era como si no estuviera. La que crio fue mi tía y mi tía es una mujer con unos apegos y unas relaciones extrañas, mi tía es...

En este momento el paciente empieza a hablar continuamente de la tía y siento que se desvía del tema para evadir hablar de sus emociones.

T: Me causa curiosidad que no hayas notado lo mismo que yo. Lo que me cuentas es importante pero te desviaste de lo que sentías.

El paciente se queda pensando varios segundos y se ríe.

P: Oye sí, empecé a hablar de mi tía y mi tía en vez de seguir hablando de mí y de lo que siento. Pero ¿sabes algo? También me di cuenta de que me siento que desprotegido cuando no consumo.

T: ¿Cómo es eso?

P: Sí, o sea siento que me falta algo. En cambio cuando me la tomo ya yo sé que voy para las que sea y que voy a durar con la que me acueste.

T: Ah, o sea que el consumo está asociada al sexo.

P: Sí exacto, me la tomo pensando en eso porque así funciono mucho mejor. La marihuana y el éxtasis tienen efectos totalmente contrarios, yo prefiero como me siento con el éxtasis, porque la marihuana lo que hace es que me aburre, o sea siento que nada me importa. Entonces no me interesa cumplir con mi trabajo ni nada, ahí es cuando aprovecho para postergar las cosas que debo hacer; y el éxtasis por el contrario me pone activo y me emociona, me siento seguro y que puedo hacer lo que yo quiera. De entra las dos yo prefiero el éxtasis, (el paciente se

echa a reír) y el alcohol lo consumo solo de vez en cuando y a veces cuando voy al Parque Tayrona o a viajes largos consumo LSD.

El paciente continúa describiendo cómo es su relación con las drogas y comprende cómo las utiliza en ocasiones para evitar asumir responsabilidades como se había dado cuenta en sesiones anteriores y también para sentirse capaz y seguro en situaciones relacionadas con el área sexual.

T: ¿Cómo te has sentido con lo que hemos hablado hoy?

P: Bueno, me he sentido bien, me doy cuenta que cada vez me cuesta menos hablar de cosas como estas que normalmente me incomodan.

#### ***Décima sesión, 03 de Mayo de 2016***

El paciente llega a consulta con 15 minutos de retraso, ingresa al consultorio con un gesto alegre y relajado.

T: Hola Roberto, ¿cómo te va? ¿Qué ocurrió que llegaste tarde?

P: ¿Qué ocurrió? Bueno para serte sincero tuve algunos inconvenientes con el trabajo y me retrasé.

T: Ya veo. Bueno quedan 30 minutos para conversar, cuéntame ¿cómo te ha ido?

P: Ay no, doctora. Esta vez eso no cuenta (se echa a reír). Bueno Doctora, esta semana ha estado muy bien. Me siento tranquilo, y no he tenido mayores inconvenientes. He estado pendiente de controlar mis emociones, porque sé que me altero sobre todo cuando mi esposa por ejemplo no hace las cosas como yo quiero.

T: ¿Qué sucede con eso?

P: Pues me ‘emputa’ la verdad, porque yo quiero tener el control y cuando eso no pasa me desespera.

T: Noto que de sólo pensarlo te molesta, ¿o me equivoco?

P: (se echa a reír), no doctora, la verdad es que sí me enfurece pero yo trato de controlarme porque yo sé que no tengo por qué sentirme de esa manera si yo tengo el espacio y la libertad de hacer las cosas como yo quiero.

T: Esto que me cuentas me recuerda lo que me dijiste alguna vez sobre lo importante que era para ti que tu pareja te necesitara.

P: Exacto, doctora. Es que si las cosas son como yo quiero, siento que tengo el poder, siento que soy un hombre.

T: Sientes que vales.

El paciente se queda pensativo durante algunos segundos y responde:

P: La verdad sí. Me gusta que se haga mi voluntad.

T: Como ahorita. Cuando dijiste que hoy no era el día para descontar los minutos que llegaste tarde.

P: (se echa a reír algunos segundos) quise hacer mi voluntad, ¿cierto?

T: ¿Tú crees?

P: Pues sí, lo que pasa es que a mí me gusta mucho hablar contigo, me siento bien y siento que podríamos hablar horas y horas y yo no sentiría el tiempo.

T: ¿Sabes algo? Ahora que hablas de eso, yo he venido sintiendo que no puedo frenarte cuando hablas luego de terminada la sesión.

P: ¿Cómo así doctora? ¿Qué siente?

T: Siento que no puedo decirte que no porque te podría afectar. Podrías sentirte desvalorizado por mi parte, poco apreciado.

P: ¿O sea que tú me ves con lástima?

En este momento la terapeuta percibe un gesto de rabia en el paciente al decir lo anterior, como si le molestara que la terapeuta lo vea de esa manera.

T: ¿Sientes que te veo de esa manera?

P: Pues eso parece, como cuando un bebé está enfermo que los papás lo sobreprotegen, lo cuidan y lo miman. ¡Mami!

Mientras lanza la expresión el paciente alza los brazos con fuerza como cuando un bebé pide que lo carguen; la terapeuta percibe que eso es precisamente lo que él quiere, que lo cargue y asuma responsabilidades por él durante la terapia y que al verlo como un niño desprotegido en la mayoría de ocasiones eso es lo que ha hecho, ha acudido a ayudarlo orientando las intervenciones de una manera inadecuada.

T: Te gusta eso ¿cierto?

P: Pues doctora a todo el mundo le gusta que lo cuiden.

T: A ti te gusta que te cuiden.

P: (se echa a reír) sí, a mí me gusta.

T: Y a veces siento que eso es lo que tengo que hacer contigo.

P: Me ves como un niño frágil. Me preocupa que esa sea la imagen que muestro, para que me tengas lástima.

Durante el resto de la sesión se orienta al paciente para que comprenda la intencionalidad de mostrar esa imagen ante los demás y de cómo con ello consigue evitar asumir responsabilidades.

***Duodécima sesión, 17 de Mayo de 2016***

El paciente acude con su esposa como es de costumbre, ingresamos al consultorio y lo noto sonriente y feliz.

T: ¿Cómo estás?

P: Bien doctora.

T: Te noto sonriente.

P: Sí, doctora, así me siento.

T: Cuéntame sobre eso.

P: Bueno es que siento que he tenido un avance en mi proceso, tú sabes que yo siempre llego con algo nuevo y pues me siento tranquilo y relajado.

T: Háblame un poco más sobre ese avance.

P: Bueno lo que sucede es que yo sé que tu aquí no me vas a dar instrucciones sobre qué hacer pero a mí me gustan los métodos también y conseguí un libro que habla sobre el funcionamiento del cerebro y dice que normalmente nosotros no vivimos en el presente sino que estamos constantemente preocupados por el futuro o tristes por el pasado, entonces estoy tratando de mantenerme en el hoy y eso es lo que he hecho en estos días y creo que por eso me he sentido tranquilo.

T: ¿Y cómo has hecho eso de mantenerte en el hoy?

P: Pues doctora lo que pasa es que yo normalmente andaba preocupado pues por las situaciones que había vivido con mi esposa o sea lo del pasado y pues preocupado también por lo que quiero conseguir en un futuro y eso no me estaba haciendo sentir bien, entonces mejor ahora estoy tratando de aprovechar el aquí y ahora y estoy tratando de vivir paso a paso y siento que me ha servido. ¿Por qué? ¿Tienes algo que decirme?

T: No, sólo estoy tratando de comprender cómo te estas sintiendo. ¿Tendría que decirte algo?

El paciente se echa a reír y responde:

P: No, no, no se preocupe.

En este momento la terapeuta siente que el paciente de alguna manera esperaba que se le felicitara o se le reconociera por lo que había logrado a su parecer, pero la terapeuta prefiere callar.



P: Pues sí doctora quería contarle algo, pues no sé esto que tanto tenga que ver con lo que estamos trabajando aquí pero quiero comentarlo. Yo a usted le conté que asesinaron a mi jefe, ¿cierto?

T: No, no hemos hablado sobre eso.

P: ¿En serio? Qué raro, eso pasó ya hace como 3 semanas y bueno resulta que yo no sé si es que hoy en día la sociedad se ha vuelto tan insensible ante la violencia o qué pero yo no siento nada, o sea no me siento triste, ni alegre, ni rabioso, nada, absolutamente nada. Ayer en el trabajo hicieron una intervención de duelo y la mayoría de personas pues al recordar lloraban y todo eso pero yo no sentía absolutamente nada.

T: ¿Y qué crees que deberías sentir?

P: Pues doctora yo a él lo conocí y fuimos compañeros pero yo siento que a mí no me impactó la noticia, o sea no sentí nada, ni alegría, ni tristeza, ni rabia ni nada. Es más si a mí me preguntaban que cómo me sentía ayer, yo estaba dispuesto a decir que nada, porque aja estoy tratando de expresarme sin preocuparme por lo que otros piensen.

T: ¿Y te preguntaron?

P: No, menos mal.

P: (El paciente se ríe con fuerza) yo sé que suena a contradicción pero no es así (continúa riéndose) o sea de verdad si me hubiesen preguntado yo lo hubiese dicho.

T: Pero preferías que no.

P: Pues sí doctora es que ajá.

T: ¿Ajá?

P: Pues doctora, que podían pensar que yo soy un insensible.

T: ¿Cómo es eso?

P: Sí, o sea que soy un ‘hijueputa’. Pero, o sea realmente no es que yo le haya dado vueltas a eso, o sea sólo quería contarte algo que había pasado en estos días que no nos habíamos visto.

T: Pero fue importante para ti como para traerlo hoy.

P: Sí, o sea yo sólo quiero que tú me digas si es que estoy anestesiado, o en qué grado de sensibilidad estoy porque no me pasa nada frente a eso.

T: Roberto, no sé por qué me da la impresión que quieres zafarte del tema o ¿me equivoco?

El paciente se ríe muy fuerte y refiere:

P: Eso que acabas de decir, eso es lo que siento ahora mismo, o sea quiero zafarme, quiero terminar de hablar de esto.

T: Me causa mucha intriga que lo hayas traído a colación y que cuando yo intento mirar qué es lo que está pasando, tú ya no quieres.

P: Sí, sí, es que tu empiezas a detallar cada cosa, a mirar todo y a mí me da flojera, no quiero pensar, no quiero mirarme, cuando me hacías esas preguntas yo contestaba todo mecánicamente, o sea es que doctora yo soy flojo.

T: No quieres mirarte.

P: Sí, no quiero, tú te pones a preguntar y preguntar.

T: Te cuesta ¿verdad?

P: Sí, bacano ¿ah?

T: ¿Bacano?

P: Sí, bacano darse cuenta de esto, o sea yo fui el que te traje este tema y cuando empiezas a mirar qué ocurre ya no quiero. Supongo que no quiero escuchar lo que me vas a decir o más bien quiero que me digas qué es lo que tengo y ya.

T: Y que chévere hubiese sido que yo simplemente te hubiese dado una respuesta a tu inquietud.

P: ¡Uy doctora!, sabroso.

El paciente se ríe fuertemente mientras la terapeuta en sus adentros piensa: ¡Qué descarado! y le responde:

T: Sabroso echarme la responsabilidad a mí de lo que a ti te toca, ¿no?

P: Sí, doctora, pero o sea todos tenemos nuestros momentos, a todos nos cuesta, ¿cierto? Yo te prometo que yo de aquí en adelante me voy a esforzar.

T: Pareciera que estas justificándote, pero hoy estas siendo flojo aquí conmigo.

P: Y yo soy flojo para todo doctora, para todo. Me gusta que me hagan las cosas, y también me gusta mandar.

T: Qué sabroso, ¿verdad?

P: ¡Uy sí!

T: Sabroso pero también qué inseguro te sientes, qué vacío, qué falta de sentido.

El paciente se muestra sorprendido y tanto terapeuta como paciente se mantienen en silencio.

P: Nojoda y todo por no querer hacer las cosas.

***Décimo tercera sesión, 24 de Mayo de 2016***

El paciente ingresa al consultorio sonriente, le pregunto ¿cómo estás hoy? Me responde, bien doctora, muy bien.

P: Bueno en qué habíamos quedado la semana pasada.

T: Cuéntame tú.

El paciente se ríe y responde intentando recordar:

P: Bueno, hablamos de cómo me cuesta mirarme a mí mismo y que soy flojo, que no quiero hacer las cosas.

T: Y ¿cómo te fue con eso en la cabeza?

P: Pues doctora, es difícil, difícil porque siento que no me doy cuenta cuando eso ocurre sino después que ya pasa.

T: Pero te das cuenta.

P: Sí exacto, y bueno doctora hablando de eso quería contarte que estos días he tenido altibajos, tú sabes, lo que a mí siempre me pasa. Pero es porque siento que mi esposa ya no me quiere, o sea no entiendo por qué ella está conmigo.

T: ¿Qué ha pasado que estás sintiendo eso?

P: Pues doctora mire, principalmente es por los problemas sexuales, o sea ya nosotros casi no tenemos actividad sexual, yo no sé si es que ella es frígida o qué pero no hay motivación de parte de ella, o sea sus besos son siempre los mismos, es la misma rutina y mira, o sea a la gente le da pena decir estas cosas pero tú eres mi terapeuta y te voy a contar, o sea yo me he descubierto mirándola por la puerta del baño, o sea espiándola para verla desnuda, eso qué es, ¿ah? ¿Qué clase de comportamiento es ese? Yo nunca había sentido esa necesidad con ella, no entiendo.

En este momento se le ven los ojos llorosos al paciente y se le entrecortan las palabras.

T: Te cuesta hablar de eso, ¿ah?

P: Sí, doctora, o sea son mis intimidades, mis cosas personales, esto yo no se lo cuento a nadie porque podría sonar patético.

T: Patético, ¿cómo es eso?

P: Bueno, realmente ni siquiera tengo una definición de patético. Es decir, podría sonar deprimente, triste, a que necesito ayuda.

T: Y tú no quieres sonar así.

P: No doctora, imagínese, todos tenemos una imagen que vender.

T: Tú tienes una imagen que vender.

El paciente se ríe y responde:

P: Sí, doctora, claro. Yo necesito vender una imagen.

T: ¿Y a quién?

El paciente se queda pensativo y se echa a reír.

P: A los demás, porque quiero que me vean como alguien capaz, no quiero que conozcan mis dificultades.

T: ¿Sólo a los demás?

P: Pues doctora, yo también necesito creerme eso, no quiero sonar así porque yo sé que puedo, pero o sea doctora cuando yo te dije patético o sea lo dije sin siquiera pensarlo, no es porque me esté sintiendo así, aquí cualquier palabra que uno diga tiene un sentido lógico o ¿algo así?

El paciente se ríe nuevamente y pregunta a la terapeuta: ¿en qué piensas?, mientras tanto la terapeuta percibe que el paciente quiere evadir el tema como suele hacerlo y le expresa:

T: Pues en que me parece que estás buscando una manera de zafarte del tema.  
Nuevamente.

P: Ay doctora, a mí no me da rabia que me digas esas cosas pero es que me cansa, y volvemos a lo mismo de la última sesión ¿ah? La resistencia es brava ¿ah?

T: ¿La resistencia? Lo dices como si se tratara de algo ahí afuera.

P: Pues sí doctora, es que es inconsciente, yo no sé cuándo está sucediendo hasta que ya sucede. Yo sé que va a llegar el día, yo sé que venceremos, que yo venceré en esta lucha y que podré hacerlo.

T: ¿Y ahora?

El paciente se muestra sorprendido y un poco nervioso y comenta:

P: ¿Y ahora? Pues doctora ahora ya son las 5: 30 p.m.

Al escuchar esto la terapeuta se ríe en su interior y piensa ¡Qué vivo!

T: Aún nos quedan 15 minutos.

P: Bueno pero es que en quince minutos no creo que pueda mirarme a mí mismo.

T: Y ¿cuánto tiempo necesitas?

P: Bueno está bien, hagámoslo, pregúntame lo que sea.

T: ¿Hagámoslo?

El paciente se echa a reír muy fuerte y hace un gesto como de estar decidido a hablar definitivamente.

P: Bueno mira me da mucha rabia lo que está pasando con mi pareja porque yo antes hacía cosas, salía a jugar con mis amigos, salía a pasear al perro pero ahora lo único que quiero es estar con ella, siento que estoy sacrificando cosas y no sé por qué.

T: Creí que lo que te molestaba era que ella no tuviera un fuerte deseo a nivel sexual.

P: Sí, me molesta eso, pero es que precisamente no entiendo entonces yo qué hago con ella, me desespera que no haga lo que yo digo, que no esté pendiente de mí, siento que la voy a perder y si la pierdo...

El paciente se queda pensativo y la terapeuta le pregunta:

T: ¿Qué ocurre?

P: Me quedo solo.

T: Y eso te asusta.

P: Nojoda, doctora, la verdad sí.

El paciente se mantiene pensativo y se ríe con nerviosismo.

P: Me da mucho miedo estar solo, me desespera, no puedo estar así, quiero estar con ella pero ahora parece que lo quiero es por temor a quedarme solo, ¿ah?

Al finalizar la sesión el paciente reflexiona y discute sobre cómo durante mucho tiempo este temor al que hace referencia ha orientado su forma de actuar en su relación de pareja así como en otras dimensiones de su desarrollo afectivo.

Cabe destacar que el proceso de psicoterapia con el paciente aún no ha finalizado y en la actualidad se continúa trabajando ante la dificultad que muestra el consultante por asumir responsabilidades.



## **7. Marco conceptual de referencia**

Por mucho tiempo existió un amplio debate acerca de la función de la psicoterapia como intervención de naturaleza psicológica ante los problemas mentales humanos, en especial, cuando aún se les veía a estos sólo como enfermedades de carácter físico que podían ser curadas a través de la aplicación de fármacos. Esta concepción tal y como lo plantea Villegas (2013) tiene el doble efecto de sacar a los trastornos psicológicos de su contexto evolutivo y existencial y al mismo tiempo de poner a la persona como un ser pasivo y carente de responsabilidad frente a ellos. González y Pérez (2007) señalan que los trastornos psicológicos o mentales no pueden ser vistos como enfermedades como la diabetes o la artritis, sino como enfermedades que pueden ser influenciadas por las interpretaciones que se den de ellas o de las conductas de las que estas se derivan.

Si bien es cierto que el ser humano está compuesto por un amasijo de partículas químicas y biológicas, su existencia responde a experiencias repletas de recuerdos, sueños, ilusiones, frustraciones, pensamientos, sentimientos y emociones que “requieren de una hermenéutica especial para su comprensión dado que no son reductibles a materia, sino a vivencia, ya que no pueden ser explicadas, sino solo comprendidas en su significado subjetivo” (Villegas, 2013, p. 23). Es en este sentido, en que la psicoterapia no puede ser vista simplemente como el proceso en el que un sujeto busca la cura a su malestar psicológico sino además como ese encuentro o relación en el que gracias a la acción bidireccional entre paciente y terapeuta, se produce un cambio que ayuda a la persona a aprender más de sí misma, de los demás y de la vida (Szasz, 1961).

La psicoterapia existencial, particularmente, hace énfasis en el concepto de comprensión que se refiere básicamente a comprender cómo cada ser humano se construye y vivencia a sí mismo en relación con el mundo en el que se encuentra, atendiendo de esta forma a las experiencias particulares de cada persona antes que a la manera en que sus pensamientos, conductas y afectos se desvían del marco teórico en el que se basa la forma de ver el ser humano y la psicopatología desde el terapeuta (De Castro y García, 2011).

En esta medida, la psicoterapia existencial se preocupa más que por explicar, por comprender la experiencia del paciente que llega a consulta y que es entendido no como un sujeto pasivo dominado por mecanismos psíquicos sino como creador de dichos mecanismos con el propósito de obtener un sentido específico para su vida. Dicho de otra forma, lo importante es conocer el centro de valores en el que está centrada la persona, esto es, el significado que representa para cada uno dichos comportamientos, ideas y sentimientos que se encuentra vivenciando, más que desarrollar una construcción teórica sobre la misma; tal y como asevera May (1990): “La cuestión de por qué uno es lo que es, no tiene sentido hasta saber qué es uno” (p.86).

Ahora bien, para poder llegar a esta comprensión del ser humano entendiendo de manera particular la experiencia de cada persona junto con sus necesidades específicas, el proceso psicoterapéutico debe ser comprendido como un encuentro en el que ambos, tanto terapeuta como paciente, construyen el entendimiento de la vivencia del consultante a través de lo que se experiencia de manera inmediata ahí en su relación con el terapeuta.

## 7.1 Relación terapéutica

Dörr (1997) asevera que la psicoterapia tanto a nivel teórico como práctico se refiere a una determinada esfera del ser: la inter personalidad o coexistencia. En toda forma de psicoterapia se presenta un encuentro entre dos seres humanos pero a diferencia de otros encuentros o relaciones interpersonales, este está marcado por un propósito específico, que es la acción terapéutica del médico sobre el paciente. Esta relación, se mueve en un continuo dialéctico en el que el médico-en palabras de Dörr (1997): “no podrá nunca ser solo el amigo, el consejero, el maestro, el amante, etc., como ocurre en las relaciones existenciales, pero tampoco ser solo un técnico que opera sobre el aparato psíquico del otro” (p.445).

El encuentro no puede ni debe quedarse en la fascinación, o en el movimiento emocional que se produce en el encuentro mismo, sino provocar un movimiento, un cambio, una reestructuración activa, y para eso se requiere obviamente un saber sobre lo que se va a modificar y cómo se va a conseguir (Dörr, 1997); es por ello que resulta de suma importancia que el terapeuta cuente con una orientación teórica clara que le permita interpretar apropiadamente lo que observa y vivencia del paciente, sin embargo no puede quedarse sólo ahí, es esencial que el terapeuta no intente alejarse del mundo experiencial del paciente, sino por el contrario que lo comprenda a través de una actitud de apertura en la que se no se restrinja al otro en base a la propia concepción teórica sino que se le perciba como un ser que participa de forma activa en su malestar (De Castro y García, 2011). La entrevista existencial de este modo constituye un diálogo o encuentro en el que las intervenciones del terapeuta apuntan a que el paciente comprenda la intencionalidad de su actuar durante el encuentro y en su vida cotidiana (Moustakas, 1994)

Este encuentro, menciona Yalom (1998) debe considerarse como un encuentro afectuoso entre dos personas: terapeuta y paciente. Encuentro en el que el terapeuta ejerce una doble función, observa y al mismo tiempo participa en la vida de sus pacientes. Como observador, se debe ser objetivo para brindar una guía asertiva al consultante y como participante se debe entrar en la vida del paciente permitiéndose ser afectado por lo que ahí surja; al escoger entrar plenamente en la vida del paciente no sólo se queda expuesto a las mismas cuestiones existenciales sino que se debe estar preparado para examinarlas de la misma forma en que se espera del consultante.

Para Romero (2003) por su parte, la relación terapeuta-cliente se caracteriza por ser una forma privilegiada del encuentro interpersonal, pues implica casi todos los aspectos exigidos por una proposición de trabajo en común al tiempo que se encuentra en un plano de intimidad y de intercambio afectivo. El espacio terapéutico es un lugar privilegiado dado que es el único lugar donde la persona puede ser enteramente auténtica constituyéndose así como una invitación al autoconocimiento; en esta medida, se espera que la relación terapeuta – cliente sea un vínculo de afecto positivo que implique mutua aceptación y credibilidad, consideración y respeto y en el que tengan lugar lazos afectivos que se originan en la propia dinámica de la relación y que representan las maneras de actuar y sentir del individuo en su mundo cotidiano (Romero, 2003).

Yalom (1984) por su lado, brinda una especial importancia a la relación entre paciente y terapeuta cuando señala que “lo que cura es la relación” (p.481). Para él, no existe una verdad más evidente en la psicoterapia pues a través del tiempo se ha observado que el encuentro como tal es mucho más curativo para el paciente que todo el marco teórico con el que cuenta el terapeuta. Según las investigaciones y la experiencia cotidiana del terapeuta, cuando se responde al paciente de forma genuina, siendo cordiales y haciendo uso de la empatía siendo por tanto

capaces de estar con ellos y de captar el significado de su experiencia, el paciente se siente seguro, aceptado y se permite ser el mismo, lo que en últimas incide significativamente en su desarrollo.

Es por esto que en la relación terapeuta – paciente nunca se es un mero acompañante pasivo sino que el terapeuta actúa y es visto por el otro como individualidad, con rasgos y comportamientos que el paciente percibe más allá del papel que desempeña, el terapeuta se convierte entonces en co-actor dentro del proceso (Romero 2003); es fundamental en este sentido que el terapeuta le otorgue un valor especial al otro, que lo reconozca como poseedor de cualidades y virtudes que se manifiestan tanto en su vida cotidiana como durante el encuentro entre ambos. Sin lo anterior, es muy poco probable que el proceso terapéutico encuentre avances, es imprescindible que el terapeuta considere a su cliente como una persona con potencialidades y recursos para superar sus dificultades además de desarrollarse como un ser creador de sus propias experiencias.

Ahora bien, esta relación terapéutica al igual que las relaciones interpersonales se caracteriza por períodos de mayor aproximación y distanciamiento tanto por parte del cliente como del terapeuta que al ser humano está expuesto a los cambios y oscilaciones que la situación conlleva. Al respecto, Romero (2003) distingue dos aspectos fundamentales: el estar inmerso en una problemática personal que imposibilita el estar realmente en el encuentro y una aproximación muy formal hacia el otro que se traduce en una escasa capacidad empática y en ambos casos no permite al terapeuta brindar un espacio seguro y acogedor que como se planteará más adelante es uno de los saberes básicos que el terapeuta debe desarrollar para propiciar un encuentro genuino y sólido.

En cuanto a lo anterior, Dörr (1997) afirma que la psicoterapia consigue ser modificadora si el encuentro entre terapeuta y paciente logra trastocar la patología con la que llega el paciente a terapia y esto no depende en la mayoría de los casos de la naturaleza de la patología sino de la forma en que esta es interpretada y comprendida en el encuentro; y para que esto suceda es relevante que tanto terapeuta como paciente se coloquen a entera disposición mutua y se muestren el uno al otro en su ser más genuino, sin máscaras ni fachadas para lo cual el terapeuta debe contar con unos saberes y actitudes que le ayudarán a promover un encuentro del sujeto consigo mismo.

## **7.2 Saberes y actitudes del terapeuta**

Romero (2003) menciona que sin el apropiado desarrollo de estos saberes resulta muy difícil para el terapeuta poder atender descriptiva y comprensivamente a la vivencia del otro; a continuación se hará énfasis en tres saberes y actitudes principales en el terapeuta como son el *saber escuchar*, *saber acoger* y *saber crear empatía*.

*Saber escuchar* implica omitirse sin que esto signifique negar lo que el terapeuta vivencia en la relación con el paciente, se trata por el contrario de aceptar que al igual que en cualquier relación interpersonal, durante ese encuentro surgen pensamientos, sensaciones y emociones que no debemos cuestionar, negar o darle rienda suelta; consiste entonces en la capacidad del terapeuta de atender a lo que es significativo para el consultante sin dejarse distraer por las reacciones propias o por las ideas o prejuicios que se manifiestan asociados al marco teórico de referencia. Para lograr esto, es imprescindible que el terapeuta desarrolle un conocimiento profundo de sí mismo, de sus valores y la forma como los vivencia y afirma en su vida cotidiana, pues de esta manera tendrá mayor claridad sobre lo que es suyo y lo que es propio de la

experiencia del paciente. De Castro y García (2011) mencionan que cuando se habla de ‘omitirse’ se hace referencia al “hecho presente durante la terapia de estimular que el paciente aborde descriptiva y comprensivamente su propia experiencia de la manera más desprejuiciada posible” (p.183); y sólo en esta medida es que será posible que tanto terapeuta como paciente capten el movimiento afectivo de su experiencia y la intencionalidad de la misma.

*Saber acoger*, por su parte tiene que ver con esa especie de amor a primera vista del que habla Villegas (2013) y que es esencial para el terapeuta a fin de que pueda sentirse predispuesto a acoger con interés y afecto al demandante puesto que de otro modo, le va a ser difícil estar ahí, en esa relación que requiere una implicación emocional con el paciente; para Villegas (2013) resulta imposible adentrarse en las intimidades de la vida de alguien sin sentir una proximidad o un rechazo hacia esa persona, por lo tanto el primer paso en una relación de ayuda como es la psicoterapia es acoger al otro, como un tú, pero eso no es posible sin sentir una especie de amor, compuesto de respeto, interés, aprecio y afecto, que llamamos amor terapéutico. Romero (2003) por su lado asevera que el saber acoger implica convidar al otro para que sea el mismo a través de un acto de confianza en el que lo aceptamos tal cual como está siendo en relación a nosotros y en esta medida le permitimos que él o ella se acepten incluso con sus limitaciones.

Se refiere además a que “el terapeuta se permita, por un lado, resonar en sí mismo la experiencia del paciente que está escuchando, para captar la orientación afectiva del paciente” (De Castro y García, 2011, p. 184). Acoger implica por tanto un alto nivel de receptividad a las experiencias del paciente ante lo cual Moustakas (1995) comenta que esta receptividad implica una actitud de apertura hacia lo que el otro está vivenciando y para ello es necesario atender y escuchar con amor y recibir lo que se manifiesta en la otra persona. La escucha activa requiere una actitud de proximidad afectuosa y atenta, a la vez que de distancia respetuosa y reflexiva. El

terapeuta no debe convertirse en un puro reflejo de las manifestaciones del paciente, ni en un juez de sus pensamientos, sentimientos o acciones, sino en la conciencia reflexiva de la conciencia espontanea de la propia persona del paciente. Esto implica el conocimiento del interior del mundo del paciente, tanto como el esfuerzo de distanciación necesaria para asegurar una reflexión valida sobre sus vivencias (Villegas, 2013).

Saber acoger finalmente se refiere al hecho de construir un ambiente terapéutico en base a la confianza, honestidad y respeto hacia la experiencia del otro, de tal forma que para el paciente el interés y compromiso que manifiesta el terapeuta sea sentido como real y genuino, lo cual facilita y permite que el paciente, a su vez, mantenga una actitud de apertura experiencial para “captar aquello que sea más significativo para resolver el dilema o conflicto en el que se encuentra” (De Castro y García, 2011, p.185).

La acogida del terapeuta debe obedecer entonces a un sentimiento profundo y real de interés, respeto y aceptación por el otro que construye una especie particular de relación profesional y alianza de trabajo llamada alianza terapéutica (Villegas, 2013) pues de lo contrario el paciente puede captar la intención de mostrar un interés falso que provoque el efecto contrario en el encuentro.

*El saber crear empatía* o la comprensión empática, hace referencia a “la capacidad del terapeuta para permitirse cuestionar e indagar la experiencia del paciente, su intencionalidad y sentido, a partir de aquello que ha escuchado y acogido experiencialmente” (De Castro y García, 2011, p. 185). Se utiliza según indica Romero (2003) para resaltar el hecho de atender a la experiencia inmediata del paciente, de modo que el terapeuta pueda situarse en el movimiento afectivo del paciente y clarifique de esta manera la intencionalidad hacia la que apunta el mismo.



Villegas (2013) por su lado define la comprensión empática como la capacidad de percibir el marco interno de referencia del cliente, tal y como este lo percibe. Es una forma por tanto de experimentar los sentimientos del otro por contradictorios que puedan ser en sí mismos o ajenos a los propios; significa que lo que siente la otra persona, puede ser sentido por mí pero no como mío sino como del otro, sin confusión de sentimientos. La empatía es necesaria entonces para acceder al mundo experiencial del otro y se constituye en el primer paso de toda relación terapéutica. Dicha empatía no sirve de nada si es simulada o fingida, si no es sincera y congruente con los sentimientos del terapeuta; la empatía sólo tiene efectos terapéuticos si aporta a afirmar la persona del cliente, a hacerle sentir que sus sentimientos sean estos positivos o negativos, son comprendidos como suyos y, por eso mismo, son dignos de respeto y aceptación. En palabras de Buber (1948) la psicoterapia es la confirmación de la persona del otro.

Al respecto Rogers (1972) menciona que estar empáticamente con otro significa que durante ese tiempo dejas a un lado tus propias ideas y valores con vistas a entrar sin prejuicios en el mundo del otro.

### **7.3 La presencia en el encuentro terapéutico**

Cuando el terapeuta logra desarrollar los saberes y actitudes mencionadas anteriormente, propicia un encuentro dotado de las características precisas para que el paciente se muestre tal y como está siendo en el presente de cara al futuro y en esta medida sea capaz de ponerse en contacto consigo mismo y con sus necesidades afectivamente hablando. Buber (1965) hizo mención a esto al señalar que “cuando el verdadero yo se relaciona con otro, cambia y se convierte en una entidad diferente del yo antes de la relación con el tú” (p.179); en este sentido,

vivencia nuevos aspectos de sí mismo y se abre no sólo ante el otro, sino también ante sí mismo (Yalom, 1984).

El terapeuta en este sentido debe tener la motivación y capacidad para experimentar al paciente como persona en su sentido más amplio, debe contar por ello con una presencia distanciada, esto significa que el terapeuta puede estar en dos sitios al mismo tiempo, que son el suyo propio y el del paciente; “tiene capacidad para estar donde él está y donde está el paciente; en cambio el paciente sólo puede estar donde él está” (Buber, 1965, pp.171-72). Villegas (1981) menciona que uno de los conceptos básicos de la psicoterapia existencial es la presencia, es decir la actitud con la que el terapeuta considera al ser humano no como un objeto para analizar sino como una persona a la que hay que comprender y que permite, en tanto, que la relación entre paciente y terapeuta sea real y auténtica.

Esta acogida presencial exige una actitud de escucha y comprensión, así como una actitud de respeto y atención al otro donde la escucha se manifiesta ya en la postura corporal de aproximación al hablante, de silencio acogedor, de respeto en los turnos de habla, de diálogo sincero, pertinente e interesado, o de entrega reflexiva y apasionada (Villegas, 2013). A esto añade Yalom (1984) que el terapeuta debe relacionarse con el paciente de una manera auténticamente amorosa y su única preocupación debe ser el desarrollo del paciente; debe ser capaz por tanto de estar consigo mismo y con el paciente, para, a través del afecto, entrar en el mundo de este y vivirlo de la misma forma en que él lo vive.

La presencia de acuerdo con De Castro y García (2011) es la que permite “comprender y sentir la experiencia de ser de otra persona” (p.202). De alguna manera el terapeuta siempre forma parte del campo del paciente (May, 1977) lo que implica atender, captar y comprender la

forma en que el paciente se vivencia y conoce a sí mismo en la relación terapéutica; esto no es más que atender a su significación como ser-en-el-mundo. La presencia por tanto representa una actitud de apertura experiencial por parte del terapeuta hacia sí mismo y hacia el otro a partir de la situación existencial en la que ambos se encuentran inmersos. Con respecto a esto, Van Deurzen (1988) afirma: “El terapeuta debe estar presente para relacionarse en una forma personal y enfocarse hacia la posibilidad para la experiencia y el crecimiento” (p.157) mientras May (1992) resalta: “La función del terapeuta es aportar una presencia que constituya un mundo humano en el que el paciente no sólo pueda encontrar la polaridad de la relación yo-tú, sino que deba hacerlo” (p.179).

### **7.3.1 Presencia intrapersonal**

Atendiendo a lo anterior, en el proceso terapéutico desde la perspectiva existencial se hace uso de diferentes estrategias que propician un encuentro genuino y sólido entre paciente y terapeuta. Entre estas se encuentra el concepto de presencia intrapersonal, que tal y como menciona De Castro (2014) apunta directamente al hecho de atender a la experiencia inmediata, presente, afectiva, kinestésica y corporalmente sentida que ocurre en el paciente en su relación presente consigo mismo. Este tipo de abordaje implica trabajar dialécticamente con el paciente durante el proceso de entrevista, lo que implica, por un lado, atender descriptivamente a la experiencia inmediata del paciente en el aquí y ahora, y, por otro, clarificar las interpretaciones que se originen en el encuentro por parte de ambos frente a la experiencia de dicho paciente (De Castro y García, 2011).

En esta medida el análisis que se realice del paciente debe siempre contextualizarse a la experiencia que él o ella tenga de sí mismo(a) en relación con el terapeuta. Entonces el terapeuta

puede hacer mención a cómo la experiencia que el paciente relata es sentida por él en su propio cuerpo, por lo que las intervenciones realizadas deben apuntar a verificar con el paciente la información, de modo que sea claro si se está captando la experiencia en coherencia con el sentido que este pretende conseguir con sus acciones (De Castro, 2014).

La presencia intrapersonal de acuerdo a lo que menciona De Castro (2014) resulta importante especialmente en aquellos pacientes a quienes les cuesta tener acceso a su propia vivencia, esto es, se muestran temerosos, reacios o bloqueados a entrar en contacto consigo mismos, con sus deseos, sensaciones y emociones. Por lo anterior, se ayuda a que el paciente se conecte consigo mismo a través de su experiencia corporal y de este modo pueda comprender la intencionalidad de su movimiento afectivo y asumir la responsabilidad frente a este.

### **7.3.2 Presencia interpersonal**

La presencia interpersonal, por su lado, se refiere al hecho de atender a aquello que el paciente está vivenciando en la forma particular de relacionarse consigo mismo a partir de su relación con el terapeuta (De Castro, 2014) y tiene que ver con la estrategia de intervención planteada por Schneider y May (1995) denominada *invocar lo actual*, según la cual es importante que el terapeuta se mantenga muy presente ante la experiencia del paciente al atender a su ansiedad y/o cualquier experiencia que resulte dolorosa para él, y de este modo, trabajar con el paciente para que siga asumiendo la experiencia de la misma manera que lo ha hecho hasta el momento actual.

A lo anterior es a lo que se refieren los terapeutas existenciales cuando señalan que el proceso de entrevista se debe entender y debe ser abordado a partir de lo que ocurre experiencialmente en el paciente en su relación con el terapeuta. Esto quiere decir que se debe

atender al paciente a partir de un real estar-con él/ella, lo cual implica clarificar el proceso experiencial mediante el cual el paciente está tratando de diseñar o de dar forma al mundo (De Castro y García, 2011). Este estar-con asevera De Castro y García (2011) apunta entonces a la comprensión de las intenciones del paciente, en el momento presente de la relación con el terapeuta, de centrarse en ciertas temáticas o aspectos de su experiencia de la manera particular en que lo hace, al tiempo que evita enfrentar otras temáticas o experiencias. En esta medida, esta estrategia se centra en favorecer dentro de la relación terapéutica que el paciente sea capaz de captar su movilización afectiva en el encuentro y que de esta forma pueda comprender cómo lo que experiencia con éste no es más que el reflejo de su forma de actuar y sentir con los otros en el mundo total.

#### **7.4 Aquí y ahora**

Para lograr lo anterior, es esencial que en el proceso terapéutico se atienda al aquí y ahora, es decir a “aquellos acontecimientos inmediatos de la sesión terapéutica, a lo que está ocurriendo aquí (en este consultorio, en esta relación, en el espacio particular entre usted y yo) y ahora, en los minutos de esta sesión inmediata” (Yalom, 2002, p.64). El aquí y ahora se debe entender como el momento presente en que el paciente vivencia y confronta su experiencia en la relación dialéctica con el terapeuta (De Castro y García, 2011); si el terapeuta atiende a los sentimientos más inmediatos que aparecen dentro del encuentro, termina por lograr que el paciente capte su forma de relacionarse en y con el terapeuta y al mismo tiempo que comprenda su modo de ser con el otro en su cotidianidad; para ello, el terapeuta debe en primer lugar, diferenciar si estos sentimientos son propios o son generados por el paciente, lo cual solo es posible a partir de un conocimiento profundo de sí mismo y de sus valores.

Lo anterior, posibilita la construcción de una relación genuina con el paciente, en la que se puedan revelar los propios sentimientos que surgen en el presente inmediato cuestionándose siempre si aquello que se va a revelar es en beneficio del paciente (Yalom, 2002). Al respecto, De Castro y García (2011) señalan que la tarea fundamental del terapeuta es hacer que el paciente siempre que hable en terapia de alguna experiencia de su vida cotidiana, sea capaz de atender a su intencionalidad y de vivenciarse a sí mismo en la relación con el terapeuta en el proceso de describir y enfrentar dicha experiencia. Esto significa que más que trabajar a través de la orientación teórica, es fundamental hacer énfasis en el proceso presente que este está vivenciando, que no es otra cosa que trabajar en *el aquí y el ahora*. Este aquí y ahora del que se habla no consiste en un tiempo estático e infinito desvinculado del futuro y pasado ya que como menciona Yalom (2002) puede incluir cualquier acontecimiento que haya ocurrido a lo largo de nuestra relación con el paciente.

El aquí y ahora tiene valor en la medida en que la mayoría de los problemas humanos se manifiestan a través de las relaciones interpersonales lo que implica que estos terminen por manifestarse en el aquí y ahora del encuentro terapéutico (Yalom, 2002). En este sentido, el aquí y el ahora invita a trabajar conjuntamente con el paciente su experiencia actual a partir de su intencionalidad hacia el futuro. En el aquí y el ahora, paciente y terapeuta abordan descriptiva y comprensivamente la vivencia del primero, con el fin de poder clarificar los valores centrados que están implicados en dicha vivencia y aquello que experiencialmente gana, pretende u obtiene el paciente al afirmar o preservar dichos valores centrados (De Castro, 2014).

## 7.5 Proceso versus contenido

En concordancia con lo anterior, para comprender la intencionalidad de una persona es esencial trabajar directamente el *proceso* experiencial del paciente antes que el *contenido* de su experiencia. Yalom (2002) menciona que el proceso y el contenido son igualmente dos aspectos fundamentales del discurso terapéutico. El contenido son las palabras exactas que se dicen, los temas sustanciales que se tocan mientras que el proceso se refiere a una dimensión enteramente distinta y de una importancia enorme: la relación interpersonal entre el paciente y el terapeuta. Cuando preguntamos por el proceso de una interacción lo que queremos decir es: ¿Qué nos dicen las palabras y también el comportamiento no verbal sobre la naturaleza de la relación entre las partes involucradas en la interacción? (Yalom, 2002).

Si bien es cierto que resulta necesario que el paciente pueda abrirse al contenido de su experiencia, es mucho más valioso para el encuentro terapéutico que el terapeuta propicie la apertura experiencial del paciente ante el proceso de aquello que refiere, entonces antes que brindar una explicación teórica acerca del contenido de la experiencia del paciente, es menester que este se vivencie a sí mismo como aquella persona que participa activamente en el desarrollo de su intencionalidad y de la creación de su experiencia y su sentido en el momento presente en la relación consigo mismo y con el terapeuta (De Castro, 2014). Este mismo autor propone que el centrarse en el proceso antes que en el contenido tiene la ventaja de que facilita la apertura experiencial del paciente ante su propia vivencia, en este sentido no es la teoría lo que debe guiar la terapia sino la relación terapéutica (Yalom, 2002).

## 7.6 Interpretaciones existenciales

Teniendo en cuenta esto, cabe resaltar que las interpretaciones existenciales tienen más valor cuando se realizan desde la vivencia propia del paciente, es decir, desde aquellas sensaciones y emociones que experimenta en la relación terapéutica antes que desde las explicaciones teóricas que con seguridad brindarán una orientación al paciente frente al tema pero será mucho más difícil para él o ella aplicarlas en su cotidianidad ya que se encuentran desligadas de su experiencia concreta. De esta forma, De Castro y García (2011) plantean que no tiene sentido realizar una interpretación o confrontación al paciente hasta que este no haya vivenciado qué le está ocurriendo y cómo está vivenciando aquello que le está ocurriendo.

En síntesis, las interpretaciones existenciales son guiadas por la atención que prestan paciente y terapeuta a los movimientos afectivos que se presentan en la experiencia del paciente en el aquí y ahora de la relación terapéutica y apuntan directamente al para qué de dicha experiencia (De Castro y García, 2011).



## 8. Análisis del caso

Tal y como se ha expuesto con anterioridad, el encuentro terapéutico debe estar cargado de elementos como el respeto, el interés y la aceptación mutua tanto desde el terapeuta como del paciente, pues sólo en esta medida la relación contará con las características precisas para ser real y auténtica; de lo contrario, no será más que un espacio entre dos personas ajenas la una a la otra, que mantienen una relación llena de formalidad en la que el paciente es simplemente un objeto de estudio antes que un sujeto con sus propias particularidades.

Al inicio del proceso terapéutico en el caso aquí expuesto, se encuentra por parte de la terapeuta una mirada prejuiciosa en coherencia con su marco moral y ético según el cual algunos comportamientos del paciente como la infidelidad, el consumo de drogas y el deseo sexual desbordado generaron en la terapeuta sensaciones de rechazo y juicio que al no ser manejadas apropiadamente se convirtieron en un inicio en un obstáculo para la comprensión e interpretación de la experiencia concreta del paciente. Estas sensaciones se evidencian durante las primeras sesiones de trabajo cuando la terapeuta señala:

*“Al escuchar este comentario la terapeuta reconoce haber sentido disgusto pues le parece la típica frase del hombre que le gusta conquistar a cualquier mujer a su alrededor; esperaba de algún modo que este no fuera su paciente pues de lo contrario ya habrían empezado mal”; “Mientras se escucha al paciente decir lo anterior, a la terapeuta le llegan ideas recurrentes sobre cómo es posible que llegue preocupado aparentemente por la infidelidad de su esposa pero al mismo tiempo esté pensando en cómo conquistar otras mujeres; siente nuevamente aquella molestia del inicio de la sesión y cede ante ella, mencionando:” “T: Roberto, me parece curioso que llegues aquí afectado por la infidelidad de tu pareja pero ahora*

*mismo lo que veo es preocupación por estar con otras mujeres”. “Al tiempo que decía estas palabras la terapeuta cae en cuenta de lo prejuiciosas que fueron y de cómo se había dejado llevar por sus sensaciones personales, las cuales estuvieron presentes durante gran parte de la sesión llenándola de inquietud frente a la relación con el paciente”.*

Lo anterior, permite hacer referencia a la importancia que ocupa el desarrollo de unos saberes y actitudes específicas en todo terapeuta con el fin de posibilitar una relación sólida y genuina. De acuerdo a lo expuesto, la principal dificultad de la terapeuta reside en lo que Villegas (2013) denomina el “amor a primera vista” de todo encuentro terapéutico; desde el primer contacto con el paciente, la terapeuta obedeciendo a sus prejuicios personales no se sintió en disposición de **acoger** con afecto al consultante resultando para ella muy difícil estar ahí en la relación y a través de esa mirada crítica además se favorecían en el paciente el empobrecimiento de su auto concepto así como la constante victimización a la que recurría para evitar asumir responsabilidad frente a su vida.

*“Luego de esto, el paciente continúa hablando de las sensaciones que le produce el hecho de que su pareja le mienta y actúe como si no quisiera resolver la situación, al tiempo que expresa que durante este tiempo ha estado con varias mujeres, entre ellas una adolescente de 17 años. Al escuchar lo anterior en la terapeuta surgen nuevamente sensaciones de rechazo frente a las acciones del paciente y comenta: T: Me causa curiosidad que mientras te carcome no saber dónde estará tu esposa y que está haciendo, por otro lado tú te permites y buscas incluso estar con otras personas”.*

El párrafo anterior da muestra de las dificultades mencionadas al inicio y que van en contra del planteamiento de Romero (2003) quien propone que el saber acoger implica convidar

al otro para que sea él mismo a través de un acto de confianza en el que lo aceptamos tal cual como está siendo en relación a nosotros y en esta medida le permitimos que él o ella se acepten incluso con sus limitaciones. Cuando la terapeuta durante las sesiones constantemente se hacía la pregunta “¿qué clase de hombre es este?” sin duda no propició un espacio de confianza en el que el paciente se sintiera a gusto incluso con sus dificultades reforzando en él los sentimientos de vacío e incapacidad con los que llegaba a sesión.

Ahora bien, cuando no se acoge al otro como un tú ni se le recibe a través de un acercamiento profundamente humano, el terapeuta deja de atender a lo significativo de la experiencia del otro, esto es, deja de **escuchar**, hace caso omiso a la vivencia del paciente en relación con el terapeuta y deja de lado lo verdaderamente importante para comprender la totalidad de la experiencia, es decir, su centro de valores, la forma en que los vivencia y el sentido que obtiene al afirmarlos con sus acciones. Esto ocurre durante las primeras sesiones del proceso evidenciándose en el siguiente diálogo:

*“T: Me causa curiosidad que mientras te carcome no saber dónde estará tu esposa y que está haciendo, por otro lado tú te permites y buscas incluso estar con otras personas.” “P: Exactamente y eso es lo que yo te he dicho desde un principio, y es que yo creo que yo no la amo a ella, es como una dependencia y una envidia que me da de que ella la esté pasando bacano y yo no. Es esa necesidad de estar con ella, de saber dónde está”. “T: Entonces, te gusta estar con otras mujeres”.*

Se observa entonces que la terapeuta se permite distraerse ante sus reacciones personales y orienta de este modo sus intervenciones enfatizando en aquellos comportamientos que considera inadecuados antes que atender a la vivencia del paciente quien hace mención de

sensaciones importantes tales como “*una dependencia y una envidia*” las cuales dejan de ser comprendidas e interpretadas a la luz de la experiencia total del paciente; esto conlleva por tanto a un no saber escuchar que tal y como Romero (2013) manifiesta: “Significa dejar que el otro se exprese colocándonos en una actitud de receptividad cordial; significa también saber omitirse para no interferir en la libre fluencia de la otra persona” (p.57). Con lo anterior, la terapeuta no estimula que el paciente aborde “descriptiva y comprensivamente su propia experiencia de la manera más desprejuiciada posible” (De Casto y García, 2011, p.183) sino que logra que el consultante termine desviando su atención de la disposición afectiva en la que se encuentra en la relación con la terapeuta y que por tanto no le sea posible captar la intencionalidad de la misma.

En este sentido, cuando no se sabe acoger ni escuchar al otro, termina por ser imposible una **comprensión empática** del paciente y su experiencia concreta; a este respecto Rogers (1972) menciona que estar empáticamente con otro significa que durante ese tiempo dejas a un lado tus propias ideas y valores con vistas a entrar sin prejuicios en el mundo del otro. Sin duda en el inicio del proceso terapéutico aquí expuesto se observa una dificultad por parte de la terapeuta para estar empáticamente con su paciente pues le cuesta dejar a un lado su concepción personal y, entra al mundo del otro llena de prejuicios que no le permiten cuestionarse acerca de la experiencia real del paciente, su intencionalidad y sentido dado que no ha escuchado ni acogido experiencialmente hablando.

La empatía en el encuentro terapéutico tal y como asevera Villegas (2013) no sirve de nada si es simulada o fingida, si no es sincera y congruente con los sentimientos del terapeuta; la empatía sólo tiene efectos terapéuticos si aporta a afirmar la persona del cliente, a hacerle sentir que sus sentimientos sean estos positivos o negativos, son comprendidos como suyos y, por eso mismo, son dignos de respeto y aceptación. Es por ello que durante el inicio de las sesiones a la

terapeuta le cuesta ser empática con su paciente dado que no puede simular o fingir una aproximación amorosa que no es coherente con sus sentimientos reales en la relación con el paciente, lo que en últimas le impide conectarse afectivamente con eso que el paciente siente, con sus necesidades y deseos en el momento presente y la dirección y finalidad de los mismos. Esto se entiende a partir de la constante sensación de inquietud que mantenía la terapeuta entre las sesiones *“en el tiempo transcurrido entre éstas la terapeuta se mantuvo bastante inquieta acerca de su relación con el paciente cuestionándose constantemente sobre las sensaciones que se manifiestan a nivel personal en la terapia y planteándose a sí misma el interrogante ¿qué toca en mí la historia de este paciente?”* y que finalmente alejaba a la terapeuta de la posibilidad de captar en su totalidad el proceso experiencial del otro.

De igual modo, en la relación terapéutica tal y como lo explica Romero (2003) es fundamental que se le otorgue un valor especial al otro, que se reconozca al paciente como poseedor de cualidades y virtudes que se manifiestan tanto en su vida cotidiana como durante el encuentro entre ambos. Es imprescindible que el terapeuta considere a su cliente como una persona con potencialidades y recursos para superar sus dificultades además de desarrollarse como un ser creador de sus propias experiencias. Lo anterior fue una de las dificultades iniciales que tuvo la terapeuta pues su concepción acerca del paciente no estaba basada sólo en los comportamientos y actitudes que consideraba inadecuadas, sino además como un ser con pocos recursos para lograr sus propósitos, es decir, desvalorizándolo como manera de encontrar coherencia al malestar personal que le generaba atender a su experiencia; esto influyó inicialmente las intervenciones de la terapeuta pues al asumirlo como un ser incapaz evitaba confrontarlo y hacerle ver su intencionalidad en la relación dialéctica del encuentro, lo que

terminaba por hacer que el paciente finalizara las sesiones sin conectarse realmente con su experiencia.

May (2009) hace alusión a esto cuando dice que “el no puedo es pura resignación que (...) pronto se convierte en algo vacuo y mordaz” (p.228), lo que significa que aunque en principio el asumirse como un ser incapaz genera comodidad con respecto a las exigencias del entorno, en últimas, se convierte en la principal barrera del desarrollo humano; en este sentido, si existe una aceptación mutua de este “no puedo” tanto del terapeuta como del paciente, el encuentro entre ambos en vez de posibilitador de cambios se constituye como fuente de estancamiento personal. Holm-Haldulla (1999) lo reafirma al expresar: “La mejor manera de ayudar a los pacientes es conectar con sus posibilidades positivas interiores y exteriores. Sólo así puede lograrse que los pacientes puedan experimentarse en sus puntos fuertes y extraer posibilidades de su forma de ser” (p.138).

Si bien es cierto que estas constantes sensaciones de alguna manera funcionaron como bloqueo ante la apertura receptiva de la terapeuta hacia la vivencia del paciente, sembraron también la necesidad de supervisión personal con el propósito de tomar conciencia de su centro de valores, la forma de preservarlos y el sentido e intencionalidad implicados en dicha autoafirmación (De Castro y García, 2011). Al respecto Bleger (1964) expresa que el instrumento de trabajo del terapeuta es él mismo, su propia personalidad que entra en juego en la relación interpersonal y que al entrar en contacto con otro ser humano y toda su experiencia, implica la revisión y examen de su propia vida, de su personalidad, conflictos y frustraciones. Atendiendo a esto, la terapeuta a partir de un proceso de evaluación personal que le brindó claridad ante sus propias sensaciones e hizo posible separar aquellos aspectos que responden a su persona de aquellos que hacen parte de la vivencia del paciente en la relación terapéutica, fue

capaz de reorientar sus intervenciones hacia un acercamiento mucho más acogedor, empático y de escucha que finalmente posibilitó atender descriptiva y comprensivamente a la experiencia del otro antes que buscar explicaciones teóricas y ajenas a la singularidad del paciente.

Ahora bien, para que esto sea posible el terapeuta además debe ser capaz de estar-con el otro a través de una **presencia** genuina en el encuentro terapéutico. La presencia como lo señala Schneider y Krug (2010) implica aceptación y disponibilidad tanto del terapeuta como del paciente y consiste principalmente en que el paciente sea considerado no como un objeto para analizar sino como una persona a la que hay que comprender y que permite, en tanto, que la relación entre paciente y terapeuta sea real y auténtica (Villegas, 1981). Esto se evidencia dentro del proceso terapéutico aquí expuesto a través de momentos como el siguiente:

*“P: Quiero contarte algo que no le he contado a absolutamente más nadie, ni siquiera a mi esposa. Yo cuando estaba chiquito como a los seis años tuve relaciones con unos primos, me masturbé con ellos y además de eso recuerdo que en el barrio ‘Las Gaviotas’ en Cartagena con un señor en una iglesia que estaba abandonada también”. En este momento la terapeuta siente un poco de tristeza y piensa en su paciente como un niño lastimado y desprotegido que aún hoy en día busca esa protección. T: Mira cómo eres capaz de hablar de algo real de ti. Veo lo doloroso que es pero aun así lo hablas; P: Sí, es muy difícil, yo de hecho ni siquiera pensaba en esto, nunca; T: ¿Cómo es para ti recordarlo y traerlo aquí?; P: Pues me siento bien contándotelo a ti, de alguna manera me siento aliviado”;* se observa en lo anterior que la terapeuta es capaz de comprender las sensaciones del paciente y estar-con él en ese momento ofreciéndole un espacio de confianza y apertura para que sea él mismo y pueda aceptarse incluso con sus limitaciones. Este estar-con incluye una actitud de escucha y acogimiento por parte de la terapeuta que se manifestó en sus palabras e incluso en la entonación de las mismas y que

permitió de alguna manera el acercarse al mundo del otro y vivirlo un poco de la misma forma en que él lo está vivenciando.

Esta presencia genuina puede manifestarse en terapia a través de dos formas básicas como son la presencia intrapersonal e interpersonal. **La presencia intrapersonal** como lo señala De Castro (2014) tiene valor en la medida en que permite al paciente ponerse en contacto consigo mismo, con sus sensaciones en relación al encuentro con el terapeuta y puede explorarlas a través de sus manifestaciones corporales e incluso las del terapeuta. Esto ocurre en terapia en momentos como el siguiente cuando la terapeuta señala: *“T: Roberto, no sé por qué me da la impresión que quieres zafarte del tema o ¿me equivoco? El paciente se ríe muy fuerte y refiere: P: Eso que acabas de decir, eso es lo que siento ahora mismo, o sea quiero zafarme, quiero terminar de hablar de esto.”* O también cuando menciona *“T: ¿Y te preguntaron? P: No, menos mal. P: (El paciente se ríe con fuerza) yo sé que suena a contradicción pero no es así (continúa riéndose) o sea de verdad si me hubiesen preguntado yo lo hubiese dicho. T: Pero preferías que no. P: Pues sí doctora es que ajá. T: ¿Ajá? P: Pues doctora, que podían pensar que yo soy un insensible.”*

Tal y como se observa en lo anterior, la presencia que la terapeuta mantiene en el encuentro le permite a través de sus intervenciones apuntar a que el paciente tome conciencia frente a sus propias sensaciones, ante aquello que decide no atender en coherencia con un sentido e intencionalidad que dirige su actuar; de igual modo estas intervenciones son siempre verificadas con el paciente con el fin de clarificar si lo que se está captando es acorde a la experiencia real del paciente.



**La presencia interpersonal** por su parte, se encuentra dentro del proceso terapéutico en diálogos como: “*T: ¿Que trabajemos? P: (Se echa a reír) No, no. Sigamos. T: Pareciera que esa pregunta causó algo en ti. Cuéntame P: Lo que pasa es que tu estas muy atenta y pendiente a lo que yo hablo, a las sílabas que utilizo y cada vez que menciono algo parecido, me haces esas preguntas que mejor dicho. T: ¿Qué preguntas son esas? P: Esas, nunca me das una respuesta y ya. T: Y eso te molesta, ¿o me equivoco? P: sí, me da rabia porque es que me da flojera, mejor sigamos por dónde íbamos*”. Esto va de la mano con lo que Schneider y May (1995) denominan como *invocar lo actual* y que hace referencia a lo importante que resulta para el proceso que el terapeuta se mantenga muy presente ante la experiencia del paciente al atender a su ansiedad y de este modo, trabajar con el paciente para que siga asumiendo la experiencia de la misma manera que lo ha hecho hasta el momento actual.

Lo mismo ocurre en el siguiente momento cuando la terapeuta refiere “*T: ¿Qué quisieras escuchar ahora? P: No sé, simplemente quiero que me apoyes. T: Que te diga lo que quieres escuchar. P: Si, así me siento tranquilo. T: Si yo respondiera a tus preguntas tal y como tú quieres, ¿qué estaría haciendo yo? P: Me estarías quitando lo que me toca hacer a mí. T: Y ¿qué es lo que te toca hacer a ti? P: Tomar decisiones, arriesgarme, responder las preguntas. T: Y eso te cuesta, ¿ah? Por eso cuando te devuelvo las preguntas, te molesta y como tú mismo lo dices te da flojera*”. Lo anterior posibilita que el paciente se dé cuenta de cómo le cuesta asumir responsabilidades en el encuentro terapéutico pues ante preguntas que apuntan a revisar y explorar sus necesidades tiende a mostrarse cansado y busca evadirlas explícitamente; del mismo modo que mediante esta estrategia el paciente reflexiona sobre el papel que está asignándole a su terapeuta cuando espera que esta funcione como apoyo a su malestar. Esto se soporta en lo que De Castro y García (2011) mencionan sobre esta estrategia cuando explican que su función es

favorecer que el paciente sea capaz de captar su movilización afectiva en el encuentro y que de esta forma pueda comprender cómo lo que experimenta con la terapeuta no es más que el reflejo de su forma de actuar y sentir con los otros en el mundo total, enfatizando entonces en que esta misma posición el paciente la asume en su vida cotidiana ante los proyectos que emprende y/o demás tareas que en apariencia son sencillas pero que termina postergando con frecuencia.

Así mismo, el estar-con el paciente en el encuentro terapéutico hace posible que se haga uso del **aquí y ahora** en la terapia tal y como se observa en el siguiente apartado extraído de las sesiones anteriormente descritas: *“T: Roberto, no sé si te has dado cuenta pero has estado hablando más bajito de lo normal. ¿Qué ocurre?”*; como se observa, la intervención de la terapeuta apunta a atender a los acontecimientos inmediatos dentro del encuentro logrando que el paciente vivencie y confronte su experiencia en la relación dialéctica con el terapeuta (De Castro y García, 2011). Esto se confirma cuando luego la terapeuta interviene *señalándole cómo sus gestos y tono de voz son muy diferentes a los que ha mostrado antes y comparte con él su sorpresa ante el cambio que observa pues lo nota mucho más reservado que en sesiones pasadas. El consultante se queda pensativo y comprende cómo le cuesta ser él mismo alrededor de algunas personas, en especial de su pareja; además cae en cuenta de cómo percibe con sentimiento de culpa aquellas cosas que siente y piensa y que por tanto no se permite compartir con otras personas.*

En esta medida, el atender al aquí y ahora en la relación terapéutica posibilitó que el paciente tome conciencia de su forma de relacionarse tanto con la terapeuta como con las personas con las que convive normalmente, dándose cuenta entonces de su necesidad de ocultar sus más profundos deseos por considerarlos inadecuados en especial ante su pareja. Esto encuentra sustento en el planteamiento de Yalom (2002) quien refiere: “La razón por la cual usar

el aquí y ahora es que los problemas humanos son en gran medida relacionales y por lo tanto los problemas interpersonales terminarán por manifestarse en el aquí y ahora del encuentro terapéutico” (p.66).

Este atender al aquí y ahora potencializa además el hacer hincapié en el **proceso** antes que en el **contenido** como ocurre a continuación: “P: (...) con el éxtasis uno esta como relajado, puedes durar como media hora tirándote un polvo. Este, ven acá, hablar de este tema, ¿no? T: ¿No qué? P: No hay problema ¿verdad? T: Parece que lo es para ti. P: No, te digo porque o sea, de pronto tú dirás, ajá este man qué. No, no, bueno igual tú eres psicóloga. T: Mira lo incómodo que estás hablándome de eso. P: Aja porque tú dirás, este man qué, es un degenerado o algo por el estilo. No sé, me dio un poco de pena contigo. T: Te avergüenza sentir todo eso, ¿verdad? P: Pues es porque puedes pensar que soy un degenerado. T: ¿Eso lo pensaría yo o tú? P: Ay Doctora, a mí me preocupa lo que piensen los demás de mí, eso también influye mucho sobre mí. Si tú pensaras eso de mí, te pediría disculpas, (...) siento que tendría que modificar cada palabra que voy a decir con el propósito de no incomodarte. Me gustaría que tuvieras la mejor imagen de mí en todo momento, una persona correcta, con buenos modales, eso es lo que quiero proyectar y ahora lo que hice fue que me solté”. Esto va acorde con lo que plantea Yalom (2002) quien señala que apuntar al proceso significa preguntarse qué nos dicen las palabras (y también el comportamiento no verbal) sobre la naturaleza de la relación entre las partes involucradas en la interacción; entonces más que atender a las palabras exactas que tienen lugar en el diálogo entre terapeuta y paciente, es primordial explorar la disposición afectiva del paciente al decirlas; al hacerlo, se promueve que el paciente tome conciencia de las sensaciones que se manifiestan en su relación con la terapeuta y que finalmente aluden a su manera de entender y construir su mundo.

A continuación se presenta un apartado en el que se puede evidenciar cómo la terapeuta orienta sus intervenciones a partir de lo anteriormente expresado: *“T: ¿Qué ha pasado que estás sintiendo eso? P: Pues doctora mire, principalmente es por los problemas sexuales, (...), o sea a la gente le da pena decir estas cosas pero tú eres mi terapeuta y te voy a contar, o sea yo me he descubierto mirándola por la puerta del baño, o sea espiándola para verla desnuda, eso qué es, ¿ah? ¿Qué clase de comportamiento es ese? Yo nunca había sentido esa necesidad con ella, no entiendo. En este momento se le ven los ojos llorosos al paciente y se le entrecortan las palabras. T: Te cuesta hablar de eso, ¿ah? P: Sí, doctora, o sea son mis intimidades, mis cosas personales, esto yo no se lo cuento a nadie porque podría sonar patético”*.

Se encuentra por tanto que la terapeuta pudo haberse centrado en el **contenido** de lo que el paciente relataba acerca de las dificultades a nivel sexual con su pareja, lo que de alguna forma hubiese servido a una interpretación teórica de la experiencia; no obstante el atender al **proceso**, es decir, a la forma en que el paciente vivencia dicho contenido en su relación con la terapeuta resultó mucho más enriquecedor para el proceso terapéutico al dar claridad sobre el auto concepto del paciente así como a los valores que este pretende preservar. Esto se apoya en lo que afirma De Castro (2014) quien propone que el centrarse en el proceso antes que en el contenido tiene la ventaja de que facilita la apertura experiencial del paciente ante su propia vivencia.

Del mismo modo se encuentra que la terapeuta atiende al proceso en momentos como: *“Mientras dice esto continúa llorando y nos quedamos en silencio por varios minutos. T: ¿Cómo es para ti contarme esto? El paciente continúa llorando. P: Difícil, o sea es darme cuenta de todas mis insatisfacciones”* aquí se entiende que la intervención de la terapeuta apunta a que el

paciente tome conciencia de su disposición afectiva en la relación terapéutica y que en ese sentido comprenda su experiencia desde las sensaciones que tienen lugar en el encuentro.

Otro ejemplo de lo anterior se encuentra en el siguiente diálogo:

*“T: Me causa mucha intriga que lo hayas traído a colación y que cuando yo intento mirar qué es lo que está pasando, tú ya no quieres. P: Sí, sí, es que tu empiezas a detallar cada cosa, a mirar todo y a mí me da flojera, no quiero pensar, no quiero mirarme. T: No quieres mirarte. P: Sí, no quiero, tú te pones a preguntar y preguntar. T: Te cuesta ¿verdad? “P: Sí, bacano ¿ah? T: ¿Bacano? P: Sí, bacano darse cuenta de esto, o sea yo fui el que te traje este tema y cuando empiezas a mirar qué ocurre ya no quiero. Supongo que no quiero escuchar lo que me vas a decir o más bien quiero que me digas qué es lo que tengo y ya. T: Y que chévere hubiese sido que yo simplemente te hubiese dado una respuesta a tu inquietud. P: ¡Uy doctora!, sabroso”.*

Tal y como se observa, hacer énfasis en el proceso colabora con lo que menciona Yalom (1998): “los pacientes, como cualquier otra persona, aprovechan más las verdades que ellos mismos descubren” (p.138); haberse centrado en las sensaciones que surgen en el paciente cuando se refiere a cierto contenido de su experiencia, parecer haber contribuido a que este caiga en cuenta del sentido al que apuntan sus acciones. De esta manera, cuando el paciente nota que realmente lo único que quiere es que la terapeuta de respuesta a sus preguntas sin tener que hacer mayor esfuerzo, toma conciencia de lo mucho que le gusta evadir responsabilidades en el proceso al tiempo que termina siendo una conducta presente en su cotidianidad. Al respecto May (2009) señala: “Lo que queremos es que el paciente experimente genuinamente las implicaciones

y el sentido de su intención; y experimentar abarca el acto, pero el acto definido no físicamente sino en la estructura de la conciencia” (p.231).

Finalmente, atender al proceso en el aquí y ahora de la terapia a partir de una actitud de escucha, acogimiento y empatía hacia el otro, permite que el paciente capte el movimiento afectivo de su experiencia actual y que en esta medida se conozca a sí mismo, esto es a los valores que pretende afirmar, la manera cómo los vivencia en relación con la terapeuta y el sentido hacia el que apunta. Todo lo anterior, posibilita que las **interpretaciones existenciales** que realice la terapeuta en sesión sean aceptadas por el paciente de manera constructiva; ejemplos de dichas interpretaciones en el caso aquí expuesto se presentan a continuación: “*P: Es que si las cosas son como yo quiero, siento que tengo el poder, siento que soy un hombre. T: Sientes que vales. P: La verdad sí. Me gusta que se haga mi voluntad.* o también cuando: “*P: Y yo soy flojo para todo doctora, para todo. Me gusta que me hagan las cosas, y también me gusta mandar. T: Qué sabroso, ¿verdad? P: ¡Uy sí! T: Sabroso echarme la responsabilidad a mí de lo que a ti toca, ¿no?, pero también qué inseguro te sientes, qué vacío, qué falta de sentido. P: No joda y todo por no querer hacer las cosas”.*

Como se observa en el apartado anterior, las interpretaciones que brinda la terapeuta no vienen dadas desde una explicación teórica de la situación planteada sino a partir de la relación entre paciente y terapeuta y están a su vez ligadas a la experiencia concreta del paciente, a aquellos valores que durante el proceso terapéutico el paciente busca preservar constantemente. Esto se sustenta en lo que De Castro y García (2011) señalan al enfatizar que las interpretaciones existenciales no se guían por explicaciones lógicas acerca de lo que le ocurre al paciente ni el porqué de lo que le ocurre sino que dan claridad sobre el sentido experiencial de la vivencia del paciente a la luz de su intencionalidad, al igual que sobre la orientación afectiva de este respecto

a las posibilidades presentes de cara al futuro en su vida cotidiana. En este sentido el paciente es capaz de entender cómo evita asumir responsabilidades con el propósito de mantenerse cómodo y seguro y de evitar el fracaso pero al tiempo que consigue esto, favorece que su vida se haga cada vez más carente de sentido y que se perciba a sí mismo como una persona incapaz e insegura. Lo anterior, refleja la importancia de que las interpretaciones que haga el terapeuta sobre la experiencia del paciente, puedan llevar a este último a tomar conciencia de su actuar y de cómo este termina siendo creador de su propio malestar.

En síntesis, se encuentra que aunque al inicio del proceso terapéutico se presentaron dificultades por parte de la terapeuta para comprender la experiencia concreta del paciente, esto debido a su poca disposición para acoger, escuchar y ser empática con quien acudía a su consultorio; mediante un proceso de supervisión personal se hizo posible reorientar la relación en base a un acercamiento más humano dando muestra de ello a partir de los diálogos extraídos anteriormente que reflejan cómo la terapeuta apunta a comprender la totalidad de la experiencia del co-agente a la luz de los conceptos que guían la psicoterapia existencial como son *el saber escuchar, saber acoger, saber crear empatía, la presencia intra e interpersonal, el aquí y ahora, el proceso versus contenido y el uso de las interpretaciones existenciales*. En este sentido, es menester reiterar que este encuentro terapéutico no ha finalizado, razón por la cual la terapeuta aún se encuentra trabajando para que la relación sea siempre genuina y no forzada y para que se constituya en un vínculo sólido en el que ambos-terapeuta y paciente-sean siempre auténticos y actúen en coherencia con una apertura y disposición para el proceso.

## 9. Conclusiones y discusión

Los principales hallazgos que resultan de la presente investigación aluden a la importancia que tiene la naturaleza de la relación entre terapeuta y paciente para resolver el malestar de éste último. De acuerdo a lo que plantean los autores existenciales esta relación debe estar compuesta principalmente por aspectos como el respeto, interés, disposición, aceptación y confianza mutua, es decir, deben darse desde el terapeuta y el paciente simultáneamente, con el fin de construir lo que estos autores señalan como un acercamiento profundamente humano. Al respecto, May (2000) sostiene que “ser capaz de establecer una relación con otro ser humano que está experimentando una profunda ansiedad, culpa o sentimiento de la tragedia inminente, exige lo mejor de la humanidad que hay en nosotros” (p.111).

En este sentido, comprender la experiencia concreta de quien acude a terapia con sus malestares, quejas, inseguridades y frustraciones requiere más que de una explicación teórica elaborada, de la disposición del terapeuta para permitirse sentir de algún modo con el cuerpo y con el alma, el malestar del otro. En palabras de Cornejo (2010) “la psicoterapia es cuestión de piel, cuestión de poros y olfato. Si no ponemos a disposición del paciente nuestro pellejo, nuestros afectos, nuestra energía, más vale no intentarlo” (p.10).

Esta forma de entender el proceso terapéutico puede ser considerada por algunos como algo exagerado, para otros, no tan necesario; pero para ellos, los pacientes, es algo primordial. Si el terapeuta es capaz de sentir un poco de lo que el otro está vivenciando, su manera de acercarse a la experiencia del paciente estará cargada de una mirada comprensiva antes que de crítica y juicio; estará cargada de respeto e interés; estará cargada de aceptación y compromiso; todas ellas características necesarias para establecer un encuentro auténtico y real. De Castro (1999)



afirma que este tipo de relación posibilita que el paciente exprese abiertamente sus necesidades con respecto al centro de valores en el que se haya situado como persona, y no que se limite a responder a las necesidades del otro, en este caso, el psicoterapeuta; pero para ello, es fundamental que el terapeuta le ofrezca una presencia real al paciente, esto es, una actitud de acogida y escucha empática en la que se le considera no como un objeto para analizar sino como una persona a la que hay que comprender.

De acuerdo al análisis realizado en el presente caso, se observa que al inicio del proceso terapéutico la manera de entender la experiencia del paciente se encontraba sesgada por las opiniones personales de la terapeuta quien mantuvo una actitud de reproche y poca aceptación, teniendo en cuenta que dentro de su marco moral y ético la manera de actuar del paciente se consideraba inadecuada. Tal y como se plantea en el análisis, esta forma de aproximarse al otro se constituyó en un obstáculo para que tuviese lugar lo que May (1990) señala como una experiencia potencialmente creativa que debe dar normalmente como resultado la expansión de la conciencia y el enriquecimiento del yo; contrario a esto, las primeras sesiones de trabajo se convirtieron en un intento por parte del paciente de mostrar una imagen distinta a sus verdaderos deseos y necesidades, lo que impedía en últimas que éste se pusiera en contacto consigo mismo y que actuara, por consiguiente, de forma auténtica durante el encuentro.

Lo anterior, soporta el planteamiento de Romero (2003) según el cual el terapeuta debe contar con un conjunto de saberes y actitudes que posibilitan una relación genuina entre terapeuta y paciente. En esta medida, *saber escuchar*, *saber acoger* y *saber crear empatía*, resultan ser elementos esenciales para que el paciente pueda sentir la *presencia* del terapeuta sin preocuparse por su aprobación y rechazo y, sólo de esta forma, pueda tomar conciencia de sí mismo y expresar los intereses que apuntan al desarrollo del ser. Del mismo modo, esto pone de

relieve la necesidad del terapeuta de desarrollar un profundo conocimiento de sí mismo (Yalom, 2002) puesto que como se explicita en el presente estudio, sólo a partir de un proceso de supervisión personal por parte de la terapeuta se hizo posible reorientar la naturaleza de la relación terapéutica y, de esta manera, lograr que el paciente fuese capaz de aceptarse incluso con sus limitaciones y que, por tanto, empezara a mostrar todo aquello que prefería mantener oculto en el proceso.

Esto además va en concordancia con lo expuesto por Bleger (1964) quien asevera que el principal instrumento de trabajo es el entrevistador mismo y que al examinar la vida de otro, el terapeuta se encuentra indefectiblemente realizando una revisión de la suya. El hacer esto, como se observa, tuvo efectos beneficiosos en el proceso terapéutico puesto que contribuyó a dar claridad sobre las sensaciones que se manifestaban durante el encuentro y le otorgó a la terapeuta la capacidad de separar lo propio de lo del paciente.

Ahora bien, al reorientar la naturaleza de la relación terapéutica por una con mayor acogida, respeto, interés y compromiso por parte de la terapeuta, también se hizo posible atender a la experiencia del paciente desde su individualidad, es decir, desde aquellos valores que pretender afirmar esta persona en particular y el sentido al que apunta a través de su forma de actuar; lo anterior, permitió comprender en totalidad la intencionalidad del paciente y guiar las intervenciones a partir de la comprensión del mundo privado del mismo. Esto ratifica lo expuesto por Yalom (1984) para quien “si se aplica el mismo esquema para comprender a todos los individuos, se le escapa a uno la experiencia irrepetible de la individualidad de la persona” (p.30).

Teniendo en cuenta lo anterior, se encuentra que el presente estudio de caso permite corroborar lo que se ha planteado alrededor de la psicoterapia existencial, en la medida en que demuestra de forma práctica cómo incide negativamente en el desarrollo del paciente el hecho de que el terapeuta no asuma una posición comprensiva hacia su experiencia; sobre todo, porque da cuenta de lo difícil que resulta desarrollar un proceso terapéutico si el terapeuta no se encuentra en entera disposición hacia el otro. El poder mantener una actitud de escucha y una acogida presencial en la relación terapéutica, contribuye ciertamente a que el paciente pueda aprender más de sí mismo (Szasz, 1961) y esto se concluye a través del análisis aquí expuesto, por el que se entiende que gracias al proceso de psicoterapia aún vigente, el paciente logra hacerse cada vez más consciente de los métodos que utiliza para preservar su propio centro, su propia existencia y, de esta forma, se espera que sea capaz de asumir de manera constructiva la ansiedad que produce el enfrentarse a los supuestos básicos existenciales.

En síntesis, se encuentra que los principales hallazgos que resultan de este análisis sirven para apoyar las ideas planteadas por los autores existenciales para quienes la relación terapéutica tiene un valor extraordinario en la cura del malestar de quien acude a terapia; en este sentido, se confirma la necesidad de apuntar siempre a construir un vínculo sólido y genuino entre terapeuta y paciente que favorezca lo anteriormente mencionado. Así mismo, este estudio de caso se constituye en una guía práctica y sencilla para otros terapeutas existenciales, en especial, para aquellos que inician su experiencia en el campo y que desean de algún modo comprender cómo aproximarse a la experiencia de sus clientes.

## 10. Referencias bibliográficas

- Bleger, J. (1964). *Entrevista psicológica*. Argentina: Universidad de Buenos Aires.
- Buber, M. (1948). *Between Man and Man*. Nueva York: MacMillan.
- Buber, M. (1965). *The Knowledge of Man*. Nueva York: Harper Torchbooks.
- Cornejo, L. (2010). *Cartas a Pedro, Guía para un psicoterapeuta que empieza*. Sevilla: Descleé de Brouwer.
- De Castro, A. (1999). Salud, Enfermedad y Psicoterapia en la Psicología Existencial de Rollo May. *Psicología desde el caribe*, 4, 63-81.
- De Castro, A. (2014). Proceso experiencial en psicoterapia existencial. En R. Gómez. Relación terapéutica: enfoque fenomenológico-existencial (pp.33-58). Lima: Fondo Editorial Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
- De Castro, A. & García, G. (2011). *Psicología Clínica. Fundamentos Existenciales*. Barranquilla: Editorial Universidad del Norte.
- Dörr, O. (1997). *Psiquiatría antropológica. Contribuciones a una psiquiatría de orientación fenomenológica antropológica*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- González, H. & Pérez, M. (2007). *La invención de trastornos psicológicos, ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza Editorial.
- Holm-Hadulla, R. (1999). *El arte psicoterapéutico*. España: Herder.
- May, R. (1963). *Psicología Existencial*. Buenos Aires: Paidós.

- May, R. (1977). Análisis y significado del movimiento existencial en psicología; y Contribuciones de la psicoterapia existencial. En R. May, E. Angel & H.F. Ellenberger (Eds). *Existencia, una nueva dimensión en psiquiatría y psicología* (pp. 19-122). Madrid: Gredos.
- May, R. (1990). *La psicología y el dilema del hombre*. México: Gedisa.
- May, R. (1992). *La necesidad del mito*. Barcelona: Paidós.
- May, R. (2009). *El dilema del hombre*. México: Gedisa.
- Moustakas, C. (1994). *Existential Psychotherapy and the Interpretation of Dreams*. New Jersey: Jason Aronson.
- Moustakas, C. (1995). *Being-in, Being-for, Being-with*. Northvale, US: Jason Aronson.
- Rogers, C. (1972). *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires: Paidós.
- Romero (2003). *Neogénesis: el desarrollo personal mediante la psicoterapia*. Sao Paulo: Editora Norte-Sur.
- Schneider, K & Krug, O. (2010). *Existential-Humanistic Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association
- Schneider, K. & May, R. (1995). *The Psychology of Existence*. New York: McGraw Hill.
- Szasz, T. (1961). *The Myth of Mental Illness*. Nueva York: Harper and Row.
- Yalom, I. (1984) *Psicoterapia Existencial*. Barcelona: Herder.
- Yalom, I. (1998). *Verdugo del Amor*. Buenos Aires: Emecé.

Yalom, I. (2002). *El Don de la Terapia*. Buenos Aires: Emecé.

Van Deurzen, E. (2000). *Existential Counseling in Practice*. London: Sage Publications.

Villegas, M. (1981). *La psicoterapia existencial*. Tesis doctoral no publicada. Barcelona:  
Universidad de Barcelona.

Villegas, M. (2013). *Prometeo en el diván. Psicoterapia del desarrollo moral*. Barcelona:  
Herder.

## **11. Anexos**

Carta de consentimiento del sujeto participante en la investigación.

## **CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE CASO SOBRE COMPRENSIÓN DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA CON UN PACIENTE ADULTO CON SENSACIONES DE INCAPACIDAD**

Ps. Ph.D Alberto De Castro  
Ps. Mg. Guillermo García

Comprensión de la relación terapéutica con un paciente adulto con sensaciones de incapacidad:

Yo, Luis Carlos García Márquez Morelli autorizo que la doctora Lucielle Fernández utilice los datos obtenidos durante las sesiones de trabajo terapéutico para que los presente a la Maestría en Psicología de la Universidad del Norte de Barranquilla como requisito de grado.

Queda claro que:

- La autorización para presentar este caso es absolutamente voluntaria.
- Los temas abordados serán analizados en el caso; manteniéndose en absoluta reserva y confidencialidad los datos personales de la persona entrevistada.
- Tengo claro que no recibiré beneficio económico alguno del estudio actual. Los estudios de caso como este sólo producen conocimientos que pueden ser aplicados en el campo de la psicoterapia.

La información obtenida en las entrevistas será sometida a un proceso de análisis en el que lo importante es poder llegar a comprender su experiencia.

Los resultados serán publicados (manteniendo total reserva sobre los datos personales) y entregados a la Universidad del Norte como requisito para el grado de la Maestría en Psicología y socializados a usted como participante del proceso.

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Después de haber leído comprensivamente toda la información contenida en este documento en relación con el estudio de caso sobre "Comprensión de la relación terapéutica con un paciente adulto con sensaciones de incapacidad" y de haber recibido del señor(a) Lucielle Fernández explicaciones verbales sobre ello y satisfactorias respuestas a mis inquietudes, habiendo dispuesto para reflexionar sobre las implicaciones de mi decisión, libre, consciente y voluntariamente manifiesto que he resuelto autorizar los datos de mi proceso terapéutico en el estudio de caso.

En constancia, firmo este documento de consentimiento informado, en la ciudad de Barranquilla el día 31 del mes de mayo del año 2016.



Nombre, firma y documento de identidad:

Nombre: Luis Carlos Gorniz-Morales Firma: [Firma]  
Cédula de ciudadanía: 72.248.481 de B/Quilla

Nombre, firma y documento de identidad del terapeuta:

Nombre: Luciell Fernández Rodríguez Firma: [Firma]  
Cédula de ciudadanía: 1140851556 de Barranquilla

Nombre, firma y documento de identidad del Tutor de la Investigación:

Nombre: ALBERTO DE CASTRO Firma: [Firma]  
Cédula de ciudadanía: 72192337 de B/QUILLA